

DIAGNOSTIC & TRAITEMENT
DES VICES DE CONFORMATION
DE
L'ANUS ET DU RECTUM

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE MÉRcredi 30 JUILLET 1890

Par **EUGÈNE ÉTIENNE**

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

NÉ A GERCOURT (MEUSE)

Examineurs : { **MM. CHRETIEN, Président.**
HERRGOTT, professeur.
BARABAN, agrégé.
REMY, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diversés parties
de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE A. VOIRIN, RUE DE L'ATRIE, 23 BIS

1890



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555011_0046

DIAGNOSTIC & TRAITEMENT
DES VICES DE CONFORMATION
DE
L'ANUS ET DU RECTUM

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE MERCREDI 30 JUILLET 1890

Par **EUGÈNE ÉTIENNE**

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

NÉ A GERCOURT (MEUSE)

Examineurs : { MM. CHRETIEN, *Président.*
HERRGOTT, professeur.
BARABAN, agrégé.
REMY, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE A. VOIRIN, RUE DE L'ATRIE, 23 BIS

—
1890

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, A O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES, O *,

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O. COZE I O.

V. PARISOT *, I O HERRGOTT *, I O, ROUSSEL *, I O, DEMANGE *, I O, BÉCHET, I O.

Pathologie générale et Pathologie interne.	M. HECHT *, I O, professeur.
Physiologie	M. BEAUNIS *, I O, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques...	M. FELTZ *, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Hygiène.....	M. POINCARÉ *, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, A O, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, A O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements..	{ M. A. HERRGOTT, A O, professeur.
	{ M. E. PARISOT, A O, professeur adjoint.
	{ M. E. DEMANGE, A O, professeur.
Médecine légale.....	M. MACÉ, A O, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. BARABAN, A O, agrégé, chargé du cours.
Histologie.....	M. NICOLAS, agrégé, chargé du cours.
Anatomie descriptive.....	M. SCHMITT A O, agrégé, ch. du cours.
Matière médicale et Thérapeutique.....	

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. LANGLOIS, A. O, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, A O, agrégé ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. SCHMITT, A O, agrégé ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. SIMON, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards.....	M. P. PARISOT, agrégé, chargé du cours.
Accouchements.....	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SCHMITT, A O.	MM. GUÉRIN.	MM. SIMON.
ROHMER, A. O.	RENÉ, A. O.	REMY.
BARABAN, A. O.	NICOLAS.	P. PARISOT.
	VAUTRIN.	

AGRÉGÉ LIBRE : M. SCHLAGDENHAUFFEN, I O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS *, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR

Hommage affectueux

A MON COUSIN M. BERNARD

Hommage de reconnaissance

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CHRÉTIEN

A MES MAÎTRES

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer un cas de malformation de l'anus et du rectum, dans le service de M. le professeur Heydenreich, l'idée nous est venue d'étudier cette question pour en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous nous étions proposé de ne parler que du traitement de cette affection, mais nous nous sommes vite aperçu que tout se tenait dans cette question ; qu'il était impossible d'écrire sur le traitement sans parler du diagnostic, base nécessaire d'une bonne thérapeutique, et de parler du diagnostic sans dire un mot de l'anatomie pathologique et de l'embryologie, éléments très importants dans la question qui nous occupe. Nous avons du élargir le cadre de notre étude.

Il nous a été impossible aussi de dissocier l'étude des malformations de l'anus de celle des malformations du rectum. Ces deux organes ont des rapports si étroits au double point de vue du développement et des fonctions physiologiques, qu'on se rendrait inintelligible si on parlait de l'un sans parler de l'autre.

Notre travail comprendra deux chapitres : celui du diagnostic et celui du traitement. Dans celui du diagnostic nous ferons rentrer subsidiairement l'étude de l'embryologie et de l'anatomie pathologique. Nous réunirons dans un appendice toutes les observations récentes de source anglaise, allemande et française que nous avons pu recueillir.

Nous voulons ici témoigner toute notre gratitude à M. le professeur Chrétien pour la sollicitude qu'il a bien voulu nous montrer dans le courant de nos études et pour l'honneur qu'il nous fait de présider notre soutenance de thèse.

Que M. le doyen Heydenreich veuille bien accepter nos remerciements pour les observations qu'il nous a communiquées.

M. le professeur A. Hergott a été trop paternel pour nous pendant notre année d'internat à la Maternité pour que nous ne lui rendions pas un public hommage.

Nous remercions nos camarades Renaud et Mouginet et d'avoir eu la complaisance d'utiliser à notre profit leur connaissance des langues allemande et anglaise.

CHAPITRE I

DIAGNOSTIC

Le diagnostic anatomique des vices de conformation de l'anus et du rectum, repose essentiellement sur l'origine embryonnaire de ces organes. Qu'on nous permette de la rappeler avec quelques détails, au début de ce chapitre.

I. *Embryologie.* — Nous sommes au moment où la tache embryonnaire se transforme en embryon. Celui-ci représente alors un disque étalé dont les bords se continuent insensiblement avec le reste de la vésicule blastodermique. Bientôt, on le voit s'incurver vers le centre de l'œuf, ses extrémités supérieure et inférieure se rapprochant l'une de l'autre et prendre la forme d'une petite nacelle. Déjà, avant cette incurvation, vers le douzième jour, sont apparues presque en même temps, au niveau de l'extrémité caudale de l'embryon, trois dépressions importantes : une dépression ectodermique ; l'anus primitif ; immédiatement en dehors et au-dessus de

celle-ci, une dépression endodermique en doigt de gant, le premier indice de l'allantoïde ; en dedans et au-dessous de la dépression ectodermique, une dépression endodermique en cul-de-sac qui représente l'extrémité terminale de l'intestin et l'intestin post-anal destiné bientôt à s'atrophier et à disparaître. Suivons leur évolution : l'allantoïde nous intéresse peu. Après s'être redressée par les progrès de l'incuration, elle s'accroît, se pédiculise en formant l'ouraque ; une dilatation légère de ce conduit, un peu au-dessus du point où il s'abouche dans le cloaque sera la vessie qui apparaîtra comme organe complet vers la fin du troisième mois. Mais, à son sujet, retenons un détail important : la communication, dans les premiers temps de l'ouraque, c'est-à-dire de la vessie, avec l'intestin primitif. — Ces deux cavités séparées l'une de l'autre par un éperon saillant, l'éperon allantoïdien, forment le cloaque supérieur encore isolé de l'extérieur. Encore quelque temps et la dépression anale s'accroîtra par le bourgeonnement de l'ectoderme et la communication s'établira par ce qu'on appelle le cloaque interne. L'apparition vers le trente-cinquième jour de l'éminence génitale, saillie mésodermique coiffée par l'ectoderme, qui se dispose en forme de replis, de chaque côté du sillon génital ou cloaque externe, complétera la série des cavités dont l'avenir nous intéresse. Quant aux canaux de Wolff et de Müller dont nous n'avons pas encore parlé, ils s'aboucheront

primitivement de chaque côté du cloaque intestinal, au niveau de l'éperon allantoïdien ; mais ils ne tardent pas à s'ouvrir franchement dans le sinus uro-génital, ce sinus étant le pédicule même de l'allantoïde, les conduits de Müller en dedans des conduits de Wolff.

En résumé, à la fin de la cinquième semaine, l'extrémité de l'intestin, les orifices de la vessie et des organes génitaux internes aboutissent au fond du cloaque interne qu'on peut considérer alors comme le canal excréteur unique de ces différents organes.

Nous allons entrer dans une phase nouvelle : la différenciation du canal intestinal et du canal uro-génital d'abord, puis des canaux urinaire et génital. Elle commence par un cloisonnement qui s'opère, comme on le sait, par le rapprochement et la coalescence de l'éperon allantoïdien progressant de plus en plus vers l'extérieur et de deux bourrelets latéraux en forme de replis, de sorte que la cavité, à un moment donné, apparaît divisée en deux gouttières, l'une antérieure uro-génitale, l'autre postérieure rectale. Ces deux gouttières deviennent des canaux ; puis, l'éperon s'épaississant de plus en plus, d'avant en arrière, forme le périnée. À l'extérieur, le cloisonnement cloacal se continue par la soudure médiane des lèvres du sillon génital qui, laissant en arrière l'anus, délimitera l'abouchement extérieur des canaux génital et urinaire.

Les canaux de Wolff et de Müller, entraînés par le

mouvement de descente de l'éperon, se sont insinués à travers la paroi recto-urétrale et ont fini par s'ouvrir au fond du sillon génital. Enfin, l'urèthre profond, dépendance du cloaque interne, ne tarde pas à se souder à l'urèthre antérieur, dépendance du cloaque externe.

Telle est, la série des transformations qui, dans les premiers temps, s'opèrent au niveau de la partie caudale de l'embryon. Résumons-les en indiquant l'ordre chronologique, d'après Jeannel (1) : 1° Dans les douze premiers jours, formation du capuchon caudal, du cul-de-sac terminal de l'intestin, de l'intestin caudal ; apparition de l'allantoïde, de la dépression sous-caudale et du bourrelet allantoïdien ; formation du cloaque intestinal ; abouchement des canaux de Wolff dans le cloaque ; 2° Vers le dix-huitième jour, bourgeonnement ectodermique cloacal. Vers le vingt-huitième jour, ouverture de l'anus primitif et formation du cloaque interne ; vers le trente-cinquième jour, abouchement des canaux de Muller dans le sinus uro-génital, qui se dessine ainsi que la vessie ; apparition de l'éminence génitale et des replis génitaux bordant le sillon génital ou cloaque externe ; 3° Vers le quarantième jour, cloisonnement du cloaque qui se poursuit, s'achève et se parfait jusqu'au quatrième mois ; vers le quatre-

(1) JEANNEL. — Malformations de l'anus. *Revue chirurgic.* 1887, p. 190.

vingt-huitième jour, soudure de la fente ou du sillon génital d'arrière en avant ; constitution définitive.

On peut distinguer, d'après le même auteur, trois grandes périodes dans l'évolution de ces organes : 1° l'époque de la formation de l'allantoïde et du cul-de-sac terminal de l'intestin, vers le douzième jour ; 2° l'époque du bourgeonnement ectodermique du cloaque interne et de l'ouverture de l'anus primitif, du dix-huitième au vingt-huitième jour ; 3° l'époque du cloisonnement du cloaque interne, à partir du quarante-cinquième jour.

Cette division en périodes n'est pas purement théorique. Elle correspond à des malformations qui peuvent être regardées comme le résultat d'une déviation dans l'évolution de l'embryon. Cette conclusion ressortira nettement des déductions théoriques que nous allons tirer de notre étude précédente et des connaissances anatomiques que nous exposerons tout à l'heure.

Tout d'abord supposons un trouble dans le développement pendant la première période : que par exemple le cul-de-sac terminal de l'intestin, subisse un arrêt dans son évolution, le rectum manquera, l'intestin restant ou non en communication avec l'allantoïde. Si l'évolution ectodermique n'a pas lieu, si, par conséquent, l'urèthre fait défaut, on aura la disposition anatomique suivante : intestin et vessie communiquant largement, plus de canal excréteur de l'urine ; les reins existant, la vessie se

distendra dans le bassin et dans l'abdomen. Comme résultats secondaires, les canaux de Wolff auront manqué leur abouchement, tandis que les canaux de Müller auront pu se développer normalement, leur évolution n'étant généralement pas troublée par un arrêt de développement de l'intestin.

A la deuxième période on peut assister à un arrêt du bourgeonnement de la dépression ectodermique : absence ou imperforation de la partie inférieure du rectum et de l'urèthre profond, telles en seront les conséquences. La communication recto-vésicale persistera. Cette disposition est très rare tandis que les cas sont relativement nombreux où la partie inférieure du rectum et de l'anus faisant défaut, l'urèthre existe. On suppose alors que la dépression ectodermique déviée est venue se mettre en rapport avec l'allantoïde seule, qui l'a absorbée à son profit.

Dans la troisième période, celle du cloisonnement du cloaque interne, un trouble dans le développement peut avoir pour conséquence : une absence de cloison, le cloaque persistant purement et simplement ; un cloisonnement anormal. Supposons en effet que la descente de l'éperon se fasse normalement ainsi que la soudure des bourrelets latéraux, mais que la réunion du bord libre de la cloison cloacale aux replis génitaux (ectodermiques) manque, on aura une persistance du sinus uro-génital, avec cloison recto-urinaire parfaite. Si, au contraire, il y a trouble dans l'évolution des éléments constitutifs

de la cloison du cloaque interne, c'est une malformation ou communication recto-urèthrale qui sera constituée. Au lieu d'arrêt de développement, on peut avoir une exagération dans le bourgeonnement. En effet que les bourrelets latéraux du cloaque prennent un accroissement exagéré en surface, ils produiront soit un rétrécissement, soit une occlusion de l'un ou de l'autre conduit avec ou sans fistule recto-urèthrale.

Enfin l'arrêt de développement du cloaque externe amènera sa persistance ; la déviation par excès un rétrécissement en une occlusion.

Anatomie pathologique. — Nous venons de voir comment, étant donné un vice de conformation de l'anus et du rectum, par les données embryogéniques, on peut reconnaître son espèce, et l'époque où il s'est produit. Il nous faut étudier maintenant les différentes variétés qui ont été signalées par les auteurs. Au point de vue anatomique, les malformations ano-rectales sont ou des rétrécissements ou des imperforations ou des absences plus ou moins complètes, ces dispositions vicieuses pouvant exister simultanément ou isolément sur chacun des deux organes ; de plus, l'anus et le rectum présentent des abouchements anormaux, soit sous la peau, soit dans les conduits ou réservoirs voisins. Cette classification, adoptée par Follin et Duplay, a été reprise par Trélat dans son article du dictionnaire encyclopédique. C'est aussi celle que nous choisirions.

Les *rétrécissements* ne sont pas très communs ; ils peuvent porter sur l'anús seul, ou à la fois sur l'anús et sur le rectum. Le canal, en général, est très réduit : dans quelques cas, on ne peut y passer qu'un stylet ; dans d'autres, on peut y introduire une plume de corbeau ; la hauteur de la partie rétrécie varie. Elle est constituée par une gaine de tissus sclérosés, recouverte d'une muqueuse en apparence normale. Faut-il ranger parmi les rétrécissements de l'anús ces cas assez rares où l'orifice de dérivation des fécès se trouve reporté en avant vers la fourchette vulvaire, ou plus ou moins loin sur le raphé scrotal, comme dans le cas rapporté par Ramonet (v. observ. III) et ce cas encore plus rare de Chenevière (v. observ. IV), où la région anale présente plusieurs orifices cutanés dont la disposition rappelle celle d'une fistule à l'anús en pomme d'arrosoir.

Ces ouvertures anormales sont-elles congénitales ? Ou ne se sont-elles produites qu'après la naissance, sous l'influence des efforts de l'enfant et par le fait de la distension de la poche ? Le cas connu de Danyau semble donner raison à cette dernière manière de voir : on constate, en avant d'un trou imperforé et longeant le raphé scrotal, un petit canal terminé en cul-de-sac ; sous l'influence des efforts de l'enfant le cul-de-sac se rompit et laissa échapper quelques parcelles de méconium ; en même temps, chose à remarquer, le rectum était dilaté en ampoule très

voisine de la peau, en arrière de l'ouverture rétrécie.

Au point de vue pathogénique, les rétrécissements de l'anus s'expliquent par la soudure excessive des lèvres du sillon génital; ceux du rectum, soit par la déviation par excès des lèvres de la gouttière du cloisonnement, soit par l'envahissement de la partie inférieure du rectum par l'atrophie de l'intestin caudal.

Imperforation ano-rectale. — Généralement l'anus paraît bien conformé; l'infundibulum existe; sa cavité plus ou moins profonde, admet une longueur de sonde variant de 1 à 3 centimètres. Quelquefois il n'est représenté que par une dépression à peine appréciable ou par un pertuis peu profond permettant à peine l'introduction d'une pointe de stylet. Cette variété est caractérisée anatomiquement par ce fait qu'il n'y a plus communication entre la cavité rectale et anale; dans quelques cas, la membrane obturatrice n'est qu'une lame mince, transparente, dans d'autres cas, c'est un cordon dense, résistant, assez long, existant au fond d'un anus d'apparence normale, et qui s'étend dans la profondeur aux dépens de la cavité rectale. Au dessus de ces membranes obturatrices l'ampoule rectale est généralement distendue, ce qui est intéressant à savoir pour le diagnostic. Mais il ne faut pas oublier que dans quelques cas l'intestin se termine insensiblement en pointe et enfin que le méconium concret a été rencontré, soit au dessus de la vulvule ileo-

cæcale, soit même dans toute la longueur du gros intestin. C'est peut-être, le lieu de parler d'un cas d'anus double observé par Delens (1), dont l'un était imperforé ; il s'agissait d'un enfant de 4 ans et demi qui avait deux anus situés de chaque côté d'une languette de peau médiane de 5 millimètres de largeur continuant le raphé perinéal. L'anus de droite était seul perforé. L'autre était profond de 15 millimètres seulement ; ils étaient séparés l'un de l'autre par une cloison muqueuse. Delens excisa la cloison avec des ciseaux. L'enfant ne fut pas revu. La partie excisée examinée par Ranvier montra sous la peau des fibres musculaires appartenant certainement au sphincter externe.

De cette classe de malformations nous pouvons rapprocher les cloisons congénitales du rectum étudiées par Lannelongue (2). Dans un cas qui fut suivi d'autopsie, il constata dans la dernière partie du rectum l'existence de deux cloisons ou valvules complètes, située l'une à 3 centimètres et demi au-dessus de l'anus bien conformé, l'autre, à 11 centimètres de la même ouverture. Détail à noter : la portion de l'intestin comprise entre les deux cloisons paraissait normale ; son calibre seul était réduit. Examinées au microscope ces cloisons montraient toutes les tuniques de l'intestin. Dans un cas

(1) DELENS — *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1875, p. 187.

(2) LANNELONGUE. — *Société de chirurgie*, 1884.

analogue observé par Marchand, le trajet interposé entre les deux valvules n'était pas recouvert de muqueuse. Les rétrécissements congénitaux du rectum, observés par E. Boekel, à la partie supérieure, constituent probablement un degré inférieur de cette malformation.

Au point de vue étiologique, Lannelongue a de la tendance à les considérer comme étant de nature syphilitique, parce que dans une de ses observations il y avait ossification prématurée du crâne. On a émis d'ailleurs à ce sujet un certain nombre d'opinions dont aucune n'est satisfaisante. La pathogénie de l'imperforation de l'anوس et du rectum peut s'expliquer par l'embryologie: l'imperforation de l'anوس est due à une déviation dans le cloisonnement du cloaque externe. C'est, en somme, un rétrécissement imperméable où le canal est remplacé par un cordon fibreux. De même, l'imperforation du rectum est un rétrécissement du rectum poussé à ses dernières limites et qu'on ne confondra pas avec l'absence du rectum où l'on ne retrouve aucun vestige d'existence antérieure.

Absence de l'anوس et du rectum. — Ici non seulement il y a imperforation, mais il n'existe aucune trace d'une formation antérieure. C'est un arrêt complet dans l'évolution. Il n'est pas commun que les deux organes soient absents en même temps; dans nos observations, nous voyons assez souvent que, quand le rectum manque, l'infundibulum anal existe,

plus ou moins bien conformé. Quand il est absent, la peau se continue d'une fesse à l'autre sans pli, ni infundibulum. S'il y a abouchement anormal de l'intestin, ce qui est assez fréquent avec cette malformation, le bassin osseux peut-être rétréci. Quant à l'intestin, sa disposition et ses rapports varient ; le plus souvent il se termine en ampoule dilatée par le méconium accumulé ; les observations ne sont pas rares cependant où l'on a vu l'intestin présenter au contraire une extrémité effilée ou flasque. Ses rapports varient davantage : il faut savoir qu'on rencontre l'ampoule terminale à des distances du périnée tout à fait incertaines ; dans le cas d'absence du rectum, sans abouchement anormal, il est à remarquer que l'arrêt de développement remonte plus haut. Cette remarque ressort avec évidence de nos observations. C'est à 5, 6, 7 et jusqu'à 8 centimètres du périnée qu'on trouve seulement l'ampoule dans les opérations. Elle peut remonter jusqu'à l'angle sacro-vertébral ; dans un cas (v. observ. V), Campenon l'a trouvée à l'autopsie dans la fosse iliaque droite. Nous ne parlons pas des cas extraordinaires où l'absence du rectum coïncide avec celle du colon.

Il faut noter encore que le sphincter anal manque généralement dans le cas d'absence de l'an us, tandis qu'il peut exister dans le cas d'imperforation ; que le cul-de-sac terminal du rectum malformé adhère par un lien fibreux au bas-fond de la vessie, ou à l'utérus et au vagin, disposition dont il faut tenir

compte dans la dissection que l'on fait pour abaisser cet intestin vers l'anus périnéal artificiel. Où se trouve le péritoine dans le cas d'absence partielle du rectum ? La disposition a été peu étudiée, on sait seulement que quand le rectum manque entièrement, ou que l'intestin ne descend pas au-dessous du détroit supérieur, le péritoire recouvre complètement la poche terminale. Il faut nécessairement le traverser pour atteindre la poche par le périnée.

Au point de vue pathogénique, l'embryologie donne encore des explications suffisantes : l'absence d'anus, par exemple, est due encore à une déviation dans le cloisonnement du cloaque externe et à la soudure médiane totale des lèvres du sillon génital. On peut ajouter que celle-ci a surtout lieu quand le rectum aussi est absent en partie ou en totalité. On peut en dire autant de l'absence du rectum ; cette malformation provient d'un arrêt de développement de la première période ; le cul-de-sac terminal ne s'étant pas suffisamment développé, le bourgeon cloacal ne l'a pas atteint.

Abouchements anormaux. — Nous touchons à un point important sur lequel on nous permettra de donner quelques développements. Il importe d'abord de distinguer les abouchements anormaux de l'anus de ceux du rectum : les premiers se font dans un des points qui dépendent du cloaque externe, tandis que les seconds correspondent au cloaque recto-allantoïdien.

Les abouchements anormaux de l'anوس se voient sur le scrotum, sur la face inférieure du pénis et à la fourchette vulvaire. Les plus fréquents sont ceux qui siègent à la vulve, ce qui revient à dire qu'ils sont plus communs dans le sexe féminin que dans l'autre. Dans ces différents cas, l'anوس ne fait pas défaut ; il est reporté trop en avant.

Les ouvertures anormales du rectum ont lieu dans la vessie, dans l'urèthre ou dans le vagin. Cette dernière malformation est assez rare ; nous n'avons pu en réunir que six cas. L'ouverture anormale se voit à des hauteurs différentes, généralement dans les deux tiers inférieurs du conduit. Ses dimensions sont peu indiquées. Dans les observations XLII et XLIV on parle de 12 millimètres ou du diamètre d'un crayon de bureau. Dans un cas rapporté par Tuck de Boston, il y avait autour de l'ouverture comme un sphincter qui permettait à la malade de retenir ou d'expulser ses fécès à sa volonté.

Dans un cas, Depaul a vu un abouchement anormal du rectum dans la vessie, coïncider avec l'imperforation de l'urèthre. Dans l'observation XXXVIII Gerster rapporte un cas intéressant où l'un des uretères s'ouvrait dans le rectum, tandis que celui-ci par son extrémité effilée s'ouvrait dans la vessie à la place normale de l'urèthre. L'ouverture dans le canal excréteur de l'urine se voit toujours dans l'urèthre postérieur, soit à la fin de la région prostatique, soit surtout au niveau de la portion mem-

braneuse. Ce canal est généralement très étroit, au point qu'il est difficile de le reconnaître sur le cadavre, l'abouchement étant souvent caché par une sorte de valvule ; quelquefois il est plus large et il peut arriver qu'en introduisant une sonde, celle-ci passe directement dans le rectum au lieu d'aller dans la vessie. Quant au canal de communication, sa longueur varie de quelques millimètres à plusieurs centimètres ; dans certains cas, ce n'est qu'une boutonnière, les deux conduits étant accolés l'un à l'autre ; dans d'autres, c'est une filière de plusieurs centimètres de longueur. Quant à la disposition du péritoine, il faut se souvenir que chez l'enfant il descend très bas. Juliard (1) décrit ainsi son trajet : « l'intestin, par son adossement avec l'urèthre, forme un angle ouvert en haut et dont le sommet est constitué par l'adhérence uréthro-intestinale. La séreuse abdominale recouvre la partie postérieure de la vessie, descend jusqu'au niveau de l'abouchement anormal contre lequel elle se réfléchit pour remonter le long de l'intestin ; elle forme ainsi un cul-de-sac accolé contre le bord supérieur de l'adhérence uréthro-intestinale ». Anna (2), d'après deux observations citées, conclut au contraire que dans le cas d'abouchement anormal du rectum dans les voies urinaires, le péritoine descend moins bas

(1) *Bulletin Sociét. anatom.* 2^e série, t. V, p. 285.

(2) *Thèse de Paris*, 1879.

que normalement. Quant à la fréquence d'abouchement dans l'une ou l'autre portion du canal urétral, il ressort des statistiques qu'elle est à peu près la même pour la région prostatique et pour la portion membraneuse. Quand le vice de conformation n'est pas traité, des modifications importantes dans les autres organes peuvent être constatées. Dans l'observation XXXVII on peut voir que le rectum, la vessie et l'urèthre étaient très dilatés, que les parois de ces réservoirs étaient très épaissies.

Embryologiquement, les abouchements de l'anus sont des accidents survenus dans l'évolution du cloaque externe, la soudure des lèvres du sillon génital s'étant faite d'une façon vicieuse. Ceux du rectum résultent de la non oblitération de la communication primitive entre l'intestin et l'allantoïde. Il y a eu arrêt de développement du cloisonnement du cloaque interne, en même temps qu'arrêt du développement de l'intestin lui-même.

La malformation principale est l'absence du rectum dont la fistule recto-urétrale n'est que la conséquence. Ces abouchements anormaux du rectum sont, comme il a été dit plus haut, urétraux et vésicaux. Les premiers peuvent être considérés comme le résultat d'une déviation survenue dans le cloisonnement du cloaque interne; nous nous expliquons: on sait que l'éperon allantoïdien après avoir accompli sa descente vers le périnée et sa réunion avec les bourrelets latéraux, vient se souder aux

lèvres du sillon génital pour délimiter en avant l'abouchement du canal uréthral postérieur et antérieur; en arrière, l'orifice anal. Que pour une raison quelconque, la soudure des deux urèthres ne se produise pas, tandis que le développement du cloaque externe se fait normalement, on aura une fistule communiquant avec la cavité rectale. Ceci concorde bien avec ce fait qu'on rencontre souvent les abouchements au niveau de la portion membraneuse. Par conséquent on sera sûr, dans cette variété, que le cul-de-sac rectal n'est pas éloigné du périnée, attendu qu'il y a eu cloisonnement complet du cloaque interne et que, par ce fait, le rectum a dû descendre vers le plancher du bassin. Quant aux fistules intestino-vesicales, elles sont dues, d'après Jeannel, à un arrêt de développement précoce de l'intestin, celui-ci restant très haut; à l'abouchement de l'anūs primitif sur l'allantoïde, le cloaque interne se formant au profit exclusif de l'appareil uro-génital; enfin, au défaut de cloisonnement du cloaque intestinal et du cloaque interne, le cloaque externe accomplissant ou non son évolution normale. Au point de vue pratique, cela suppose un intestin très éloigné du périnée et probablement une malformation ou un manque d'abouchement des uretères et des canaux déférents, l'éperon n'ayant pas accompli sa descente. La confirmation de cette théorie est donnée dans l'observ. XXXVII.

Enfin, comme malformations exceptionnelles si-

gnalons les faits suivants : Dunn rapporte (observation XXV) le cas d'un enfant atteint d'imperforation, chez lequel les parents constatèrent, le cinquième jour de sa naissance, la présence d'un gonflement considérable au niveau de l'ombilic ; une ouverture se fit à la partie inférieure de l'ombilic qui laissa écouler du sang, du mucus et du méconium. Depuis ce moment l'enfant eut à peu près chaque jour des évacuations régulières dont il ne souffrit pas.

Le cas suivant, constaté à l'hôpital Saint-Thomas (1), est encore intéressant. Il s'agit d'un garçon qui ne présentait aucune trace d'orifice anal, mais qui montrait : un scrotum séparé sur la ligne médiane, de façon à simuler de chaque côté l'aspect des grandes lèvres, chacun des replis contenant un testicule ; un gland situé dans la position du clitoris, de taille ordinaire, mais imperforé. Seule une petite rainure inférieure indiquait une ébauche d'hypospadias. Au niveau du point où se trouve le méat urinaire, se voyait un orifice circulaire du diamètre d'une plume de corbeau, par lequel passaient l'urine et les matières fécales. L'enfant pouvait retenir son urine, mais les matières fécales partaient involontairement. En introduisant une sonde, on buttait sur une sorte d'éperon qui conduisait l'instrument tantôt dans la vessie, tantôt dans le rectum.

C'est un bel exemple d'absence de cloisonnement

(1) Saint-Thomas hôp. rép. IV, p. 29. — 1878.

du cloaque interne et aussi d'arrêt de développement du cloaque externe. Il n'y en aurait que trois exemples, celui-ci, et ceux de Vroleck et de Nagel, qu'on peut lire dans les ouvrages qu'ils ont publiés.

Enfin, on peut observer en même temps d'autres malformations (v. obs. XXXIV). Dans cette observation il y a des mains botes et d'un côté une absence du radius; de plus, et ceci est fort intéressant, on note à l'autopsie une imperforation de l'œsophage terminé en cul-de-sac à 2 centimètres de son origine. On comprend que de pareilles complications troublent le chirurgien dans ses déductions thérapeutiques.

Diagnostic clinique. — Les détails d'embryologie et d'anatomie pathologique que nous venons de donner permettront peut-être de faire ce qu'on peut appeler le diagnostic anatomique, point très important puisqu'il éclaire le chirurgien sur la conduite qu'il devra tenir et sur les difficultés qu'il pourra rencontrer dans son intervention. Il nous reste à aborder le diagnostic clinique, c'est-à-dire à étudier par quels moyens cliniques on peut arriver à se rendre compte de l'espèce de malformation à laquelle on a affaire :

Tout nouveau né devrait être examiné des pieds à la tête, soit par la sage-femme, soit par le médecin qui a été appelé. Car, pour la fréquence des malformations ano-rectales, il ne faut pas trop s'en rappor-

ter à la statistique qui, sur 73.000 accouchements, ne relève que sept cas d'imperforation. Voici ce qui se passe : généralement on est consulté pour un enfant qui n'a pas eu encore de garde-robes ; quelquefois, on lui a donné des purgatifs, sans succès. Le médecin doit établir promptement et rigoureusement son diagnostic. Il importe, en effet, d'agir vite. Supposons qu'extérieurement l'enfant soit bien conformé ; avec le doigt ou mieux avec une sonde de femme introduite dans l'anus, vous rencontrez un obstacle infranchissable ; mais un stylet que vous y faites pénétrer assez profondément, ramène une parcelle de méconium ; il est évident que vous avez affaire à un rétrécissement de la partie inférieure du rectum. Au contraire, si les instruments de gros calibre passent sans ramener de méconium, on est amené à penser qu'il s'agit d'un rétrécissement siégeant plus haut, soit sur le gros intestin, soit à la fin de l'intestin grêle.

Supposons maintenant qu'il n'y a pas d'anus : vous devez penser aux abouchements anormaux. S'il s'agit d'une fille, regardez immédiatement du côté de la vulve ; si c'est un garçon, explorez le périnée, le scrotum, la verge. Mais votre examen a été négatif. Examinez avec soin les urines : Si les urines du début sont seules teintées de méconium, vous pourrez conclure qu'il y a abouchement urétral ; si les fécès sont uniformément répandues dans le liquide urinaire, croyez, au contraire, à une communication

recto-vésicale. Il vous sera permis d'ailleurs d'introduire un cathéter qui parfois ramènera du méconium et vous permettra en outre de vous rendre compte de la situation du cul-de-sac rectal.

L'aspect des urines n'offre pas toujours, on doit le dire, un élément diagnostique certain. Ainsi, dans un cas de communication uréthrale, rapporté par Julliard, dans une première miction, les dernières gouttes furent seules colorées, ce qui est l'inverse de la proposition de Roux de Brignolles; dans une seconde miction, toute l'urine fut uniformément colorée. Vous n'avez pas vu de méconium, vous devez conclure à une atrésie du rectum sans abouchement anormal. Ce qui vous préoccupe alors, c'est la situation de l'ampoule rectale, sa distance du périnée. Dans les cas simples, il n'y a qu'une membrane très mince qui obture; on peut même voir le méconium; dans d'autres cas, le cul-de-sac rectal bombant au périnée, il vous est donné de percevoir la fluctuation de la poche. Tous les chirurgiens recommandent de ne pas trop se fier à cette sensation. Si vous êtes incertain, il vous est permis d'aller à la recherche de la poche à l'aide d'un trocart que vous enfoncerez à trois centimètres seulement. Mais vous n'avez pas rencontré la poche. Les conclusions pratiques tirées de l'étude du développement doivent alors vous revenir en mémoire: l'intestin est très haut quand on a affaire à une communication recto-vesicale, tandis qu'il est près

du périnée, généralement, quand il y a communication recto-urétrale. S'il n'y a pas de communication anormale, examinez alors attentivement le squelette ; voyez si le coccyx manque ou s'il est refoulé en arrière ; si le sacrum est défectueux ; si surtout les ischions sont rapprochés ; si les organes génitaux semblent reportés en arrière, songez alors à une absence du rectum et à la situation de l'ampoule au niveau de l'angle sacro-vertébral ou plus haut. Le cathétérisme combiné de la vessie et du vagin, s'il s'agit d'une fille, vous permettra de confirmer votre diagnostic.

Si l'anus est bien conformé, on est autorisé à user du trocart, avec mesure, pour aller à la recherche du cul-de-sac rectal. Dans ce cas encore, l'exploration par la vessie et le vagin peut rendre quelques services.

On peut faire toutes ces explorations quand les accidents consécutifs à la rétention des matières ne pressent pas le chirurgien. Mais souvent on est appelé quand il y a déjà du tympanisme, de la dyspnée, du refroidissement des extrémités, des vomissements fécaloïdes et des convulsions. Dans ces cas compliqués, on doit aller vite ; ce qui explique pourquoi quelques chirurgiens recourent d'emblée à l'opération palliative, l'anus contre nature, quitte à revenir après à l'opération vraiment curative, l'anus périnéal. Tels sont les renseignements cliniques qui peuvent permettre de poser un diagnostic

dans la majorité des cas. Il nous reste à parler des cas extraordinaires ; nous citerons celui du docteur Geury, rapporté par M. le professeur Chrétien : abouchement recto-vésical avec absence partielle du rectum et du canal uro-génital. Le défaut d'excrétion, le développement d'une tumeur globuleuse dans le ventre, le résultat de la ponction de l'abdomen, éclaireront sur cette anomalie qui d'ailleurs est incompatible avec la vie. On reconnaîtra aussi, facilement, les cas d'arrêt de développement se rattachant à la période primitive, comme la persistance du cloaque interne ; ces malformations n'ont d'ailleurs qu'un intérêt secondaire pour nous, puisqu'elles ne se voient que sur des monstruosité.

Enfin il est bon de se rappeler que les malformations de l'anus peuvent se compliquer d'autres malformations, également congénitales intéressant le tube digestif, par exemple. L'observation de Polaillon (1), qui a trait à une imperforation de l'œsophage concomitante, en est un curieux exemple.

(1) *Gazette hebd. méd. chirurgic.* 1875, p. 491.

TRAITEMENT

Les malformations de l'anüs constituent une affection très grave pour l'enfance puisque dans la grande majorité des cas la mort est la conséquence à bref délai, si le chirurgien n'intervient pas.

Au point de vue du pronostic il faut les classer en deux catégories : la première, où la malformation comporte une rétention absolue ; la seconde, où il y a issue de matières.

Dans ce dernier cas le danger n'est pas immédiat. On a même cité des personnes qui sont arrivées à l'extrême vieillesse avec une pareille infirmité ; cela peut arriver quand l'orifice de communication est large, dans les abouchements vaginaux par exemple ; mais il est bon de savoir que la vie est constamment menacée quand l'orifice ou le canal de communication est étroit comme dans les abouchements uréthraux.

Quand il y a rétention complète, une prompt intervention seule peut sauver le malade. Il faut la faire avant que l'enfant soit épuisé ou que les symptômes de péritonite apparaissent. On se gardera

de temporiser. Une opération hâtive est un élément de succès.

L'opération doit donc avoir pour but essentiel de rétablir le cours normal des matières. Pour cela il faudra presque toujours créer une voie artificielle. Il importe de la créer quand on le pourra au lieu et place de l'anوس normal. L'anوس artificiel, enfin, devra être permanent puisqu'il est appelé à remplacer l'anوس normal ; c'est pourquoi on devra s'attacher à le faire le plus parfait possible, au point de vue des dimensions et de la structure, pour éviter le rétrécissement consécutif. Telles sont les règles fondamentales qui ont dû guider les chirurgiens dans les différents procédés qu'ils ont inventé.

Devrions-nous parler du traitement palliatif, des purgatifs répétés, pour rendre les fécès plus liquides, des dilatations d'orifices anormaux pour faciliter les selles ? Ces moyens ne devront jamais être conseillés par nous, médecins.

Au point de vue opératoire, l'intervention est variable, suivant les cas. Pour chaque cas ou plutôt pour chaque catégorie de cas il faut, sinon une opération particulière, du moins des procédés particuliers. Cependant l'opération nécessaire, c'est la création d'un anus. On le pratique au périnée, au lieu et place de l'anوس normal, ou à l'abdomen. On le fera au périnée quand l'anوس est simplement rétréci ou quand, dans le cas d'imperforation ou d'absence d'une partie du rectum, l'ampoule rectale pourra

être abordée et ouverte. Quand au contraire le rectum sera inaccessible par le périnée, dans le cas d'absence totale par exemple, l'opération par l'abdomen s'impose. Les abouchements anormaux ne doivent préoccuper que secondairement, d'autant plus qu'ils disparaissent souvent quand le cours normal des fécès est rétabli. Telles sont les indications générales qui vont nous guider dans l'étude du traitement. Pour faciliter l'étude des procédés, nous allons envisager un certain nombre de cas types, dans lesquels tous les autres pourront rentrer.

1° *L'anüs est rétréci.* — L'orifice est à sa place normale. La dilatation simple n'est pas à recommander. Les incisions, soit latérales, comme le recommande Bodenhamer, soit médianes du côté du coccyx sont presque aussi inefficaces, parce qu'elles sont suivies généralement de rétraction cicatricielle, malgré toutes les précautions prises.

On procédera de la façon suivante : inciser en arrière jusqu'au coccyx, directement ; amener la muqueuse au contact de la peau et les réunir par des points de suture. De cette manière, le nouvel anus bordé de tissus non rétractiles, n'aura pas de tendance à se rétrécir consécutivement. A-t-on affaire à un rétrécissement long et dur, il faut encore inciser largement en arrière, mobiliser, par une dissection méthodique, la muqueuse rectale pour l'attirer jusqu'à la peau, de façon à faire encore la bordure muqueuse nécessaire.

L'anús rétreçi est en ectopie, c'est-à-dire, l'orifice de communication avec l'ampoule rectale, au lieu d'être à sa place normale, est rejeté en avant, derrière le scrotum ou sur le raphé des bourses, chez le garçon; à la commissure de la vulve chez la fille. Dans ce cas la conduite à tenir est encore simple : après avoir introduit un stylet ou une sonde cannelée par l'orifice, on conduira la pointe jusqu'à l'endroit présumé de l'orifice anal oblitéré, puis on incisera sur la cannelure de l'instrument. Si l'ouverture n'est pas suffisante, on prolongera l'incision du côté du coccyx. On pourra se contenter de cette seule pratique, comme Ramonet (1); ou mieux, pour assurer l'avenir de l'ouverture artificielle, on réunira la muqueuse à la peau par quelques points de suture. S'il y a des ouvertures multiples, comme dans le cas de Chenevière (2), on les réunira par des incisions multiples et on dilatera consécutivement le cloaque artificiel formé, jusqu'à cicatrisation complète.

2° *L'anús est imperforé, le rectum étant développé normalement.* — Le plus souvent, il ne s'agit que d'une cloison mince, transparente qui obture un orifice de charpente normale. L'opération est simple : faire une incision cruciale de la membrane, exciser les quatre angles avec les ciseaux ; et, consécutive-

(1) Ramonet. Loc. cit. v. observ. III.

(2) Chenevière. Loc. cit. v. observ. IV.

ment, passer tous les jours une bougie jusqu'à complète cicatrisation, c'est-à-dire, à peu près pendant une semaine. Les résultats sont favorables.

3° *Le rectum est atrophié partiellement avec conservation ou absence de l'anús.* — Rappelons nous que, dans ce cas, l'ampoule rectale est toujours à une certaine distance du périnée et que si la distance moyenne est de trois ou quatre centimètres, on a observé des cas où elle était plus considérable, l'atrophie n'étant pas limitée exactement à la partie inférieure. On a remarqué que dans les cas d'abouchement anormal, avec l'urèthre par exemple, la distance moyenne était plus constante. Ici on aura recours d'abord à la voie périnéale. Dans le cas qui nous occupe, l'opération par la voie périnéale est la méthode de choix et on n'aura recours à la voie abdominale que quand la recherche par le périnée aura été infructueuse.

De l'ouverture du rectum par le périnée.

On peut ouvrir le rectum par la ponction à l'aide du trocart, ou par l'incision du périnée.

La ponction qui est généralement exploratrice a été employée aussi comme méthode curative : on enfonce un gros trocart dans la direction probable du rectum et l'on maintient longtemps la canule dans la plaie pour s'opposer à l'occlusion de l'orifice artificiel. Ce mode de traitement doit être rejeté.

D'après Favier (1), sur 18 opérés, 15 seraient morts.

L'incision périnéale est toujours préférée. Elle est simple ou compliquée. Nous entendons par incision simple, l'opération qui consiste, après avoir abordé le rectum, à inciser l'intestin purement et simplement. Pour arriver jusqu'au rectum, les moyens sont différents suivant les cas et suivant les opérations. Supposons d'abord que l'anus existe. Une conduite, qu'on suit assez souvent, c'est de ponctionner le fond du cul-de-sac avant tout autre préliminaire, et si l'on fait sortir du méconium, d'inciser sur la canule en arrière plus ou moins loin sur le coccyx ; puis la plaie est nettoyée et pansée. Ou bien on se comporte absolument comme si l'anus était absent.

Quand l'anus est absent, généralement on ne ponctionne pas tout d'abord, et l'opération est faite d'une façon plus méthodique. Entrons dans quelques détails : l'enfant, convenablement enveloppé, est placé sur les genoux d'un aide qui est assis lui-même sur un siège un peu élevé ; les deux mains de l'aide maintiennent les cuisses fléchies et écartées. La vessie est vidée. On laisse le cathéter, s'il s'agit d'un petit garçon. Le périnée ayant été examiné avec soin, on pratique sur la ligne médiane une incision qui s'étend du scrotum au coccyx ; le bistouri divise la

(1) FAVIER. — *Thèse de Paris*, 1872.

peau, le tissu cellulaire, puis le sphincter externe ; selon le conseil de Goyrand, il y a tout intérêt à bien couper au milieu, de manière à ménager le plus possible les attaches du muscle constricteur. Cela fait, le doigt est introduit dans la plaie dont les lèvres ont été écartées par un aide ; on cherche d'abord à sentir le cathéter conducteur, puis à reconnaître la poche terminale. Trélat recommande de la chercher surtout en avant, à cause des adhérences intimes qui l'unissent à la vessie ou au vagin. Si on a la chance de rencontrer sous le doigt le cordon fibreux, vestige de l'existence antérieure de la portion d'intestin atrophiée, on s'empressera de le suivre comme fil conducteur. On est arrivé à une profondeur de 4 à 5 centimètres. L'ampoule est en vue ; elle a une coloration d'un brun verdâtre. On presse légèrement sur l'abdomen pour la faire saillir davantage. Saisissant alors l'ampoule avec un ténaculum ou mieux avec des pinces mousses on l'attire un peu et on l'incise largement dans le sens du raphé. Le méconium et les gaz s'échappent en abondance. Il ne reste plus qu'à nettoyer la plaie à l'aide des antiseptiques usuels. Voilà l'incision périnéale simple telle que quelques chirurgiens la pratiquent encore aujourd'hui ; mais il peut arriver que l'ampoule terminale ne soit pas rencontrée. Favier, dans sa thèse, note, sur 34 observations ano-périnéales simples, 21 cas de non ouverture de l'intestin. Cet insuccès peut tenir à plusieurs causes : d'abord

et surtout à une trop grande distance de l'ampoule rectale, anomalie qui peut être prévuë par certains signes que nous avons indiqués; ensuite, à ce que l'extrémité rectale se trouve déviée, soit en avant, soit à gauche ou à droite. On comprend la difficulté d'une recherche surtout quand l'ampoule n'est pas distendue par le méconium accumulé, ou qu'elle se termine en pointe comme le fait a été observé. Aussi, des opérateurs comme Curling, conseillent-ils d'attendre, si l'état de l'enfant le permet. Il peut arriver, en effet, qu'après quelques heures, l'ampoule se distende et vienne faire hernie, à la suite des efforts de l'enfant, à travers la boutonnière périnéale, comme il est arrivé dans l'observation relatée par J. L. Petit. Il ne faut pas trop compter sur cet accident heureux. Aussi, a-t-on cherché avec raison à élargir le champ opératoire, d'abord pour mieux voir et ensuite pour atteindre plus facilement l'ampoule. Vincent (1) pratique hardiment une incision de cinq centimètres dont l'extrémité postérieure dépasse le coccyx de un centimètre.

Si l'ampoule est très élevée, il prolonge encore son incision en arrière, au besoin jusqu'à la 3^e ou la 4^e vertèbre sacrée; jusqu'à ce qu'il atteigne l'ampoule. Esmarck fait aussi de grandes incisions se prolongeant au-delà du coccyx et conseille de rejeter le coccyx en

(1) *Lyon médical*, année 1887.

arrière pour se donner plus de jour. Verneuil procède ainsi dans les cas difficiles : il prolonge l'incision en arrière, du côté du coccyx, mettant à nu la partie postérieure de la pointe de cet organe : avec des ciseaux à pointe mousse, il détache les parties molles qui s'insèrent sur les bords latéraux : puis, résèque environ un centimètre de l'os. Cette résection qu'on peut porter plus loin, jusque sur le sacrum, comme Polaillon le fit dans un cas, agrandit singulièrement le champ opératoire et du côté le moins dangereux pour une opération sur le rectum. On peut arriver ainsi à une profondeur de cinq à six centimètres sans blesser le péritoine. Comme le recommande Trélat, à cette distance il est prudent de s'arrêter, si la recherche n'a pas été fructueuse. Cependant des chirurgiens audacieux n'ont pas craint de faire des recherches jusqu'à 7 à 8 centimètres de profondeur, et il n'en résulta pas d'accidents (v. observ. XXI et XXIII).

L'incision périnéale simple a deux inconvénients sérieux : elle expose à l'infection au niveau d'une plaie profonde, anfractueuse ; et elle peut donner lieu consécutivement à un rétrécissement de l'anus artificiel créé pour obvier à ces inconvénients. Amussat a imaginé le procédé qui porte son nom. C'est celui que l'on suit aujourd'hui avec quelques modifications de détail. Malgré les nombreuses discussions auxquelles il a donné lieu, nous allons le décrire : l'incision du périnée se fait comme nous

l'avons décrite plus haut. L'ampoule rectale est en vue. On recommande alors de libérer l'ampoule des tissus et organes environnants ; sur les côtés et en arrière, il suffira du doigt conduit avec ménagement ; en avant il faudra user des ciseaux dans une certaine mesure, en se souvenant qu'on a pu ouvrir la vessie dans une pareille manœuvre. Cela fait, on traverse l'ampoule par deux anses de fil et on l'attire doucement en bas, vers la plaie cutanée. Si l'intestin est assez saillant, une bonne pratique consiste à fixer aux lèvres de la plaie par une couronne de points de suture assez rapprochés, puis seulement à ouvrir sa cavité. De cette façon on évite et le retrait possible de l'intestin et l'infection de la plaie périnéale par les flots de méconium. Après cela, on complète l'affrontement par des points de suture supplémentaires. Par ce moyen on suit, tout à fait le précepte d'Amussat qui recommandait de faire toujours déborder la muqueuse dans le temps de la suture. L'opération faite, il faut surveiller attentivement le nouvel anus pour éviter le rétrécissement, qui est rare avec ce procédé. Verneuil recommande de le dilater une, deux, trois et même quatre fois par jour suivant les besoins, en introduisant la pulpe du petit doigt, l'usage des bougies ayant amené des accidents entre des mains étrangères. Au bout de deux semaines, généralement, la plaie est cicatrisée : les matières sortent librement et d'une

façon intermittente ; l'incontinence n'a jamais été signalée.

Voilà l'opération perfectionnée, telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, dans laquelle on utilise la méthode d'Amussat, qui prémunit contre le rétrécissement et contre l'infection ; en même temps que le procédé de Verneuil qui élargit le champ opératoire et permet d'opérer plus méthodiquement et aussi plus hardiment.

Aussi les accidents immédiats et consécutifs sont-ils rares. Si nous nous en tenons aux cas où le procédé opératoire est nettement indiqué nous voyons que la guérison est la règle. Comme accident consécutif, cependant Delens a signalé à la suite du procédé de Verneuil, un prolapsus du rectum, survenu trois mois après l'opération. C'est le seul fait qui ait été rapporté. Pour être complet, ajoutons qu'on a reproché aussi au procédé de Verneuil de détruire les attaches postérieures du sphincter externe. Mais comme l'incontinence n'a pas été observée chez les enfants traités par ce procédé, il n'y a pas lieu d'en tenir compte. — La conduite à tenir est la même dans le cas d'anús perméable : on comprend l'infundibulum dans l'incision et pour la suture on a soin d'aviver le revêtement de sa cavité jusqu'à la marge pour permettre l'affrontement de la muqueuse rectale et de la peau.

Telle est la pratique qu'on suit actuellement en France. En Allemagne, Diffenbach procède un peu

différemment : au niveau de l'anوس, il pratique une incision en croix et dissèque les lambeaux en profondeur, surtout dans le sens longitudinal et en arrière ; arrivé sur l'ampoule, il introduit un trocart qu'il conduit en arrière et en haut, en suivant la concavité du sacrum. Quand il a ouvert l'intestin, il y glisse un grosse sonde pour évacuer les matières, puis une sonde cannelée sur laquelle il agrandit l'ouverture rectale ; les deux bords de la plaie sont, enfin, attirés vers la plaie périnéale et suturés à la peau. — Friedberg, recommande de libérer, le plus possible, le rectum pour que l'abaissement se fasse facilement. Il sectionne les adhérences du côté de la vessie et coupe même le mesorectum, si cela est nécessaire. Il va même jusqu'à conseiller de saisir, à défaut de l'ampoule rectale, telle portion de l'intestin qui se présentera. Cette pratique suppose une lésion du péritoine qu'il faut éviter à tout prix.

Absence du rectum et de l'anوس avec abouchement anormal dans la vessie ou l'urèthre. — Dans les cas qui vont nous occuper, il s'agit non-seulement d'absence de l'anوس et d'une partie du rectum, mais encore, ce qui arrive fréquemment, d'une communication avec les organes urinaires. On se rappelle que l'intestin communique rarement avec la vessie, plus souvent avec l'urèthre soit au niveau de sa portion prostatique, soit au niveau de sa portion membraneuse ; que la communication est faite soit par une simple boutonnière, les deux parois étant,

pour ainsi dire, accolées, soit par un canal long et étroit ; enfin, que le péritoine, chez l'enfant, descend jusqu'aux vésicales seminales.

Le diagnostic de la communication et du siège de la communication, ayant été établi, quelle est la conduite à tenir ? Généralement on fera bien de s'abstenir de toute intervention du côté du canal de communication, pour cette raison que l'oblitération peut s'opérer naturellement. Les cas sont actuellement nombreux, où la formation d'un anus artificiel a suffi pour dériver complètement, au bout d'un temps assez court, les matières qui passaient exclusivement par les voies urinaires. Ce résultat sera obtenu d'autant plus sûrement que, suivant la recommandation de Debout, l'opération aura été faite le plus près possible de la naissance et surtout que l'ouverture anale artificielle aura été établie suffisamment large. Non seulement on fera un anus large, mais aussi on maintiendra son calibre par une dilatation prolongée et méthodique. Sinon, l'on serait témoin de ce qui arriva à un enfant soigné par Rowand de Melbourne. Opéré pour une imperforation de l'anūs avec communication uréthrale, par la voie périnéale, il alla bien pendant quelques mois ; les matières passaient par l'anūs artificiel ; on ne voyait plus rien dans les urines ; on cessa de faire de la dilatation ; peu après, les matières revinrent dans l'urèthre et bientôt des accidents de rétention forcèrent les parents à montrer, de nouveau,

l'enfant au chirurgien. Celui-ci se contenta d'élargir le conduit rectal ; après quoi la guérison fut obtenue. Cette observation nous éclaire encore sur le mode d'oblitération de la fistule. Elle se fait probablement par un travail lent, assez analogue, comme le veut Trélat, à celui qui aboutit à l'oblitération du trou de Botal. Le canal de communication se rétrécit de plus en plus et disparaît probablement en vertu de ce principe physiologique que tout ce qui ne sert pas finit par s'atrophier et disparaître.

Mais le passage des fécès continue à se produire. S'il s'agit d'une ouverture dans la vessie on pourra songer à la taille hypogastrique, ainsi que M. le professeur Heydenreich l'a fait, dans un autre ordre d'idées. Par la taille, on pourra éviter ou améliorer la cystite ; on pourra peut être agir aussi sur l'ouverture ou le canal de communication par des caustiques ou par une opération plastique. Pour l'urèthre, il est démontré que l'expectation avec le parfait fonctionnement de l'anus artificiel suffit généralement.

Mais une question peut se poser : puisque l'intervention expose à des dangers pour la formation de l'anus artificiel, ne pourrait-on pas laisser les choses en l'état et se dispenser d'intervenir ? On sait en effet que l'urèthre, quand la communication se fait par un canal large, se prête à la nouvelle fonction qu'il remplit. Nous répondrons cependant que, le plus souvent, le canal de communication est étroit

et tortueux ; les fécès, liquides d'abord, acquièrent peu à peu de la consistance, et la rétention peut survenir tout à coup. La vie peut être aussi à la merci d'un accident : Curling rapporte le cas de deux enfants qui moururent parce que le canal avait été oblitéré, chez l'un par un noyau de cerise, chez l'autre par deux pépins de pomme.

Imperforation de l'anūs ; absence partielle du rectum communiquant avec le vagin. — Dans ce cas, l'opération n'est pas indispensable pour la conservation de la vie ; mais elle remédie à une infirmité répugnante. En effet, dans la généralité des cas, les fécès n'éprouvent pas de difficulté à sortir ; elles sortent même constamment quand elles deviennent liquides, ce qui est un gros inconvénient. Les personnes qui, comme celles dont parle Tuck (v. obs XLVII), peuvent garder et expulser les fécès à leur gré, se contentent.

Cette malformation est, non seulement une source d'ennui pour le malade, mais aussi une cause d'accidents parmi lesquels la rétention des matières, au niveau de l'orifice de communication trop étroit, figure en première ligne. On n'hésitera donc pas à entreprendre une opération, même immédiate, la malformation ne faisant que s'accroître avec l'âge. Trois méthodes différentes ont été préconisées pour la cure de cette malformation :

1° D'abord on a élargi le canal communiquant avec le vagin. Vicq d'Azyr le premier incisa la paroi

postérieure du vagin, le périnée jusqu'au coccyx, remédiant, par ce procédé, à la rétention, mais non à l'écoulement incessant des matières. Perfectionné par Diffenbach, ce procédé aurait donné un beau succès. Diffenbach opère en deux temps : il commence par faire, à l'aide de la sonde cannelée et du bistouri, une incision intéressant tout le périnée, de la vulve au coccyx ; le rectum étant ainsi mis à découvert, il s'applique à séparer sa circonférence antérieure de la paroi postérieure du vagin ; il fend ensuite l'intestin dans une petite étendue et fixe les deux lambeaux à l'extrémité inférieure de l'incision périnéale, au moyen de deux points de suture. Cela fait, il achève la séparation du vagin et du rectum, réunit les bords de l'ouverture vaginale et ceux de la portion antérieure de la plaie du périnée ; il ouvre, par ce moyen, un anus artificiel, ferme l'ouverture anormale et rétablit le périnée qu'il a détruit. Ce procédé n'a pas la faveur des chirurgiens.

2° On a établi un passage artificiel dans la direction du canal naturel. L'opération se fait assez facilement : on introduit une sonde cannelée dans le rectum par l'ouverture vaginale, puis on fait saillir son extrémité à l'endroit présumé de l'anus ; avec un bistouri on sectionne toutes les parties molles sous-jacentes, en ayant soin de prolonger l'incision jusqu'au coccyx ; les parois du rectum sont attirées en bas et fixées à la peau. Que devient l'orifice anormal ? Dans quelques cas heureux, il se serait obli-

téré spontanément. Il ne faut pas trop y compter. Si l'ouverture est petite, on pourra essayer de la fermer en la touchant avec des caustiques ; ou bien, comme Magitot (1), on pourra profiter du glissement de la muqueuse rectale par la traction opérée sur l'ampoule rectale et aviver, d'une part, la muqueuse rectale et, d'autre part, la circonférence de la muqueuse vaginale, puis les réunir par plusieurs points de suture. Enfin, on pourra tenter une opération autoplastique. Ces différentes opérations ne devront se pratiquer qu'après la formation définitive de l'anus artificiel, c'est-à-dire après les séances de dilatation.

3° On essaye de fermer l'orifice anormal et de créer un anus artificiel. Ce procédé est dû à Rizzoli de Bologne (2) : il fait une première incision le long du raphé, de la fourchette au coccyx, intéressant d'abord la peau et le tissu cellulaire, puis les aponévroses et le muscle transverse : vers la partie médiane il donne une plus grande profondeur à l'incision et sépare les fibres musculaires en les laissant adhérentes à la peau ; les deux lambeaux sont écartés, pour permettre de bien isoler le rectum et de l'attirer en bas. Se servant ensuite du doigt comme guide, il mobilise l'intestin assez facilement en arrière et sur les côtés ; mais, en avant, la sépara-

(1) *Mémoire Société chirurg.*, 1873, p. 559.

(2) RIZZOLI *Clinique chir. trad. de l'Ital.* 1872, Paris.

tion d'avec le vagin, étant très difficile, il recommande de sectionner les adhérences à coup de ciseaux. L'intestin mobilisé est attiré en arrière, incisé et suturé au périnée. Rizzoli opéra ainsi quatre petites filles en modifiant chaque fois un peu son procédé. Les résultats obtenus furent satisfaisants. L'une des opérées, revue quelque temps avant son mariage, pouvait à volonté expulser et retenir ses fécès, même quand elles étaient liquides ; le périnée avait une apparence normale et le vagin présentait sur sa paroi postérieure une cicatrice solide, vestige de l'orifice anormal.

Absence totale du rectum. — Dans ce cas, il ne peut plus être question d'incision périnéale. C'est à la voie abdominale qu'il faut recourir. On emploiera la méthode de Littre ou celle de Callisen, selon le choix qu'on aura fait de la méthode. Commençons par décrire les deux procédés. Soit d'abord l'anus de Littre : le lieu d'élection est la fosse iliaque gauche. Huguier avait proposé la fosse iliaque droite, alléguant que chez le nouveau-né, l'S iliaque se rencontre plus souvent à droite ; mais Girardés, sur 134 autopsies d'enfants nouveaux-nés, trouve 114 fois l'S iliaque à gauche. Un peu au-dessus du ligament de Fallope, en dehors de l'artère épigastrique, on pratiquera une incision de 3 centimètres, comprenant successivement la peau, les muscles grand et petit oblique et transverse et la fascia transversalis. Puis on incisera le péritoine ; les anses intestinales ap-

paraissent aussitôt : on reconnaîtra celles du gros intestin aux bandes longitudinales qu'elles présentent. Avec une pince à pansement, entre les lèvres de la plaie on fait saillir l'anse intestinale le plus en vue ; puis on la fixe aux lèvres de la plaie par des points de suture établis sur la circonférence de la portion saillante. Alors seulement on ouvre la cavité intestinale. Cette précaution permet d'éviter l'entrée des matières fécales dans la cavité péritonéale. On achève d'affronter les lèvres de la plaie intestinale aux lèvres de la plaie abdominale. Puis on panse la plaie.

Verneuil a cherché à modifier le procédé dans le sens suivant : pour remédier d'une part au rétrécissement consécutif qu'on constate dans certains cas, il a proposé de faire une incision, non plus parallèle aux fibres des obliques, mais perpendiculaire ; et d'autre part pour empêcher les matières de s'accumuler dans le bout inférieur, il attire davantage l'intestin au dehors, et excise presque toute sa circonférence après l'avoir fixée aux lèvres de l'incision par une couronne de points de suture. Mais ce procédé n'a pas encore été suffisamment expérimenté pour qu'on puisse porter un jugement à son sujet.

La méthode de Callisen a été surtout préconisée par Amussat qui l'a pour ainsi dire faite sienne en donnant le procédé qui porte son nom. En voici la description : le malade étant couché sur le ventre,

un peu incliné du côté droit, le chirurgien pratique une incision transversale, à deux travers de doigt au-dessus de l'os des îles, incision qui commence au bord externe de la masse commune, pour finir au milieu du bord supérieur de l'os des îles. Elle doit mesurer cinq ou six centimètres d'étendue. Le bistouri divise nécessairement la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose superficielle, puis crucialement le grand oblique, le petit oblique, le transverse, puis l'aponévrose profonde. Le tissu graisseux périnéal est en vue : on l'incise avec précaution ; pour trouver l'intestin, il est important de ne pas dévier ; on s'aidera des doigts et de la vue ; il sera permis de faire une ponction exploratrice. Avant de le diviser, on attire l'intestin au dehors et on le fixe à la paroi par une couronne de points de nature. L'opération n'est pas facile : on peut couper le péritoine qui recouvre presque tout l'intestin chez le nouveau-né et intéresse le rein qui est très développé.

Quelle est la meilleure méthode ? On connaît l'histoire des anus artificiels. Proposée par Littre en 1710, la méthode inguinale n'est vraiment créée que par Duret de Brest et par l'école marine. C'est grâce à elle que sa renommée se maintient et qu'elle reste chez nous la méthode de choix.

L'anus lombaire devait avoir plus de vicissitude. Proposé par Callisen, il n'a de retentissement qu'en 1839 où Amussat le reprend et le fait sien. Malgré cela il n'est guère en faveur chez nous jusqu'en

1877. Comme il est très en faveur en Angleterre, à cette époque il trouve en France quelques défenseurs.

Les partisans de la colotomie lombaire invoquent cinq arguments pour en démontrer la prédominance :

1° La situation ; placé en arrière il est moins dégoûtant. L'argument se retourne contre eux, l'anus inguinal étant sous les yeux et à la portée de la main, la propreté doit être plus parfaite.

2° Il serait moins exposé au renversement de la muqueuse et au rétrécissement consécutif. Mais les Anglais en citent des exemples multiples ; puis cet accident dépend plutôt de l'incision que de la méthode. Chez les opérés dont l'incision, chez l'adulte, n'est que de 3 centimètres, la hernie muqueuse est rare.

3° On reproche à l'anus inguinal de produire une coudure brusque de l'intestin, peu favorable au passage consécutif du bol fécal dans le bout inférieur. Mais dans le cas qui nous occupe, c'est au contraire un grand avantage, qu'il faut rechercher, attendu que l'accumulation dans ce bout inférieur pourrait provoquer une distension énorme préjudiciable, d'abord aux organes voisins... puis dangereux à cause de la péritonite qu'elle ne tarderait pas à produire.

4° Le quatrième argument porte sur le peu de fixité présumé de l'S iliaque. Mais le colon descendant est si inconstant dans sa position que Curling,

qui est cependant partisan de l'opération, déclare que les anomalies de position chez les enfants, sont plus fréquentes aux lombes qu'à l'aîne.

5° Enfin le dernier argument, le plus fort, est que l'anus lombaire n'ouvre pas le péritoine. Mais est-on bien sûr de ne pas l'ouvrir chez les enfants où l'intestin, peu volumineux, est recouvert presque tout entier par la séreuse abdominale ? Puis l'ouverture du péritoine n'est plus dangereuse actuellement. La statistique prouve d'ailleurs, que, pour les adultes, la mortalité dans les deux procédés est sensiblement la même.

On aura donc recours à la méthode de Littre, quand l'ouverture par la voie abdominale sera indiquée. Nos observations ne sont pas cependant bien rassurantes, à cet égard, car presque tous les enfants opérés ainsi (v. observ. V, XVI, XXXI, XXXIII) sont morts. Mais il faut dire que, dans la plupart des cas, on n'y a recours qu'à toute extrémité, quand l'enfant est déjà très affaibli, soit par des opérations antérieures, soit par l'expectation.

Observation I

DELENS. — *Gaz. heb. de méd. et de chir.* Année 1875, p. 187.

Enfant de quatre ans et demi ; bien portant. Il avait deux anus situés de chaque côté d'une languette de peau médiane de 5 millimètres de largeur, continuant le raphé périnéal. L'anus de droite était seul perforé. L'autre était profond de 15 millimètres ; ils étaient séparés l'un de l'autre

par une cloison muqueuse. M. Delens excisa la cloison avec des ciseaux. L'enfant ne fut pas revu.

La partie excisée fut examinée par Ranvier. Sous la peau, fibres musculaires, appartenant certainement au spincter externe.

Observation II

Hôp. Saint-Thomas. Rep. IX, p. 29, 1878.

Enfant mâle, bien constitué. Aucune trace d'orifice anal. Le scrotum est séparé sur la ligne médiane, de façon à simuler de chaque côté l'aspect des grandes lèvres : chacun des replis latéraux contient un testicule. Le gland, situé dans la position du clitoris, est de taille ordinaire mais imperforé. Une petite rainure inférieure indique une ébauche d'hypospadias. Au niveau du point où se trouve le méat urinaire, se voit un orifice circulaire de la grandeur d'une plume de corbeau, par lequel passaient l'urine et les matières fécales. L'enfant pouvait retenir ses urines, mais les matières fécales passaient involontairement en petits fragments cylindriques de consistance variable. En introduisant une sonde, on buttait sur une sorte d'éperon qui conduisait l'instrument tantôt dans la vessie, tantôt dans le rectum.

Observation III

Observation de RAMONET. — Arch. de tocol. Année 1883.

Garçon, âgé de trois jours. — N'a encore expulsé, depuis sa naissance, qu'une quantité très minime de méconium, qui s'est fait jour au dehors à travers un petit orifice cutané, de la dimension d'une grosse tête d'épingle, situé en arrière de la racine des bourses. Etat de quiétude parfait. Ni hoquets, ni vomissements. Température normale. Imperforation de l'anus dont rien n'indique la place. Partout

le périnée est également résistant, sans saillie, sans dépression, sans raphé médian, dessiné. Nulle part la peau n'est froncée circulairement : elle est d'une coloration uniforme. A la partie postérieure et supérieure des bourses et sur le raphé médian du scrotum, existe un petit orifice, froncé en cul-de-poule, par lequel s'est échappée la petite quantité de méconium indiquée plus haut. On fait pénétrer non sans difficulté un stylet dans cette ouverture anormale et on le pousse avec les plus grandes précautions, dans le sens horizontal, sous la peau, et d'avant en arrière, jusqu'à la place où devrait, anatomiquement, se trouver l'anus. Là, l'instrument est arrêté par un obstacle que l'on ne cherche pas à franchir de vive force, car ce point d'arrêt indique la place exacte de l'anus. On retire le stylet qui est recouvert de méconium. En pressant avec l'index, d'arrière en avant, sur le trajet fistuleux sous-cutané, on fait sourdre par l'orifice scrotal une matière poisseuse qui sortait comme par une filière et qui n'était autre chose que du méconium.

En même temps, hypospadias.

Il a suffi d'inciser avec précaution la peau, sur la ligne médiane; et le doigt put pénétrer dans un anus normalement conformé. Dans la suite, ce trajet fistuleux s'est oblitéré spontanément.

Observation IV

CHENEVIÈRE. — *Bull. méd. de la Suisse rom.* Année 1883.

Enfant observé à l'âge de six semaines. Pas d'anus véritable, mais plusieurs petites ouvertures fistuleuses par où s'écoulaient les matières fécales. Pas d'ampoule anale sur le milieu.

Chenevière débride et réunit ensuite plusieurs de ces fistules.

Actuellement, santé parfaite. L'anus remplit très bien ses fonctions.

ABSENCE DU RECTUM

Avec ou sans imperforation anale.



Observation V

CAMPENON. — *Bull. de la Soc. anat. de Paris.* — Année 1871.

Enfant âgé de trois jours.

Anus normalement conformé, mais terminé en cul-de-sac à un centimètre de profondeur. Fluctuation lorsque l'on introduit l'index dans l'ampoule. Cependant l'intervention par la voie périnéale reste sans effet. Opération par la méthode de Littre, à gauche. On arrive facilement sur le gros intestin qui est sectionné. Emission de fécès, mais seulement lorsque le malade est couché sur le côté gauche.

Mort huit heures après l'intervention.

A l'autopsie on constate l'existence d'une péritonite avec liquide abondant ; le gros intestin représente un quadrilatère formé par le côlon ascendant, transverse et descendant et, inférieurement, par l'S iliaque qui s'étend horizontalement de la symphyse sacro-iliaque gauche à la symphyse sacro-iliaque droite.

A droite, dans la fosse iliaque, en avant du cœcum qu'elle cache, flotte l'ampoule rectale qui se redresse verticalement, libre de toute attache. Autour de l'anus, sphincter bien constitué. Vessie et uretères largement dilatés. On n'a pas vu pourquoi. Urèthre bien constitué.

Observations VI, VII, VIII, IX, X

Bull. Soc. chir. Paris, 1873, p. 289.

Verneuil rapporte l'histoire de cinq enfants qu'il opéra par sa méthode (résection du coccyx). Enfants forts chétifs. Pas d'autres vices de conformation. Chez quatre, l'anus est normalement configuré. Cul-de-sac rectal assez haut. Verneuil ne fait pas de ponction exploratrice. Résection du coccyx, puis procédé d'Amussat. Grande rapidité dans l'opération ; en quelques minutes l'intestin fut trouvé. Guérison. Accidents immédiats nuls. Résultats consécutifs excellents.

Observation XI

LEISRINK. — *Jahresberich.* — Année 1873, t. I, p. 70.

Enfant H..., âgé de trois jours. Depuis sa naissance, il vomissait tout ce qu'il prenait et était atteint d'ictère. A la place de l'anus, légère dépression, revêtue d'un épithélium de transition. Cette dépression avait 5 millimètres de profondeur. Dans le fond de cette dépression, résistance assez forte.

Pour arriver à l'intestin, Leisrink fait une incision partant de la partie postérieure de la membrane et embrassant toute sa périphérie. Par cette incision, il introduit le doigt dans la profondeur. Il éprouve une certaine résistance qu'il ne peut vaincre qu'à l'aide du doigt et d'une pince à pansement.

Ne rencontrant pas le rectum, il se décide à perforer le péritoine par en bas, comme le conseille Stromeier.

Ce n'est qu'après avoir introduit le doigt sur une longueur de 7 cent. 5 qu'il peut sentir l'intestin. Il le saisit avec une pince à forci-pressure, l'attire en bas, le suture à l'anus et le sectionne. Immédiatement, émission d'une petite quantité de méconium. L'enfant revint à la santé. Au bout de quinze jours, les évacuations se faisaient normalement.

Observation XII

DELENS. — *Gaz. de méd. et de chir.* — Année 1875, p. 187.

Enfant âgé de 48 heures. N'a ni uriné ni rendu de matières fécales. Delens ayant introduit une sonde dans la vessie, constate qu'elle est vide. Anus imperforé, ne devenant pas saillant lorsque l'enfant crie.

Delens resèque le coccyx et trouve alors facilement l'ampoule rectale ; il la fixe à la peau par des points de suture. Guérison. Mais au bout de quelques mois, prolapsus per-

manent du rectum, du volume d'une grosse noix et probablement formé par toutes les tuniques de l'intestin.

Observation XIII

JAHRESBÉRICH. — An. 1880, t. IV, p. 286.

Enfant nouveau-né atteint d'atrésie ano-rectale.

Stromberg introduit un cathéter dans la vessie, puis au niveau de la partie moyenne du périnée fait deux incisions, dont l'une verticale, a un peu plus de 27 millimètres de longueur et l'autre, perpendiculaire à la précédente est plus petite. Se servant de catheter comme guide, il incise avec le scalpel, aussi profondément que possible. Il introduit ensuite le petit doigt par cette ouverture et le pousse en avant, dans la direction du promontoire, jusqu'à ce qu'il arrive sur une tumeur d'apparence fluctuante. Craignant que ce ne soit la vessie, Stromberg se contente de mettre, dans l'ouverture, une éponge préparée et attend jusqu'au lendemain. La fluctuation étant très nette à ce moment, il introduit un trocart au travers ; écoulement de méconium. Stromberg laisse la canule en place. Avant l'intervention, l'enfant était pris de vomissements. Après l'opération, il cessa de vomir. Le frottement de la canule contre les parois ayant produit une hémorrhagie, Stromberg met à sa place un tube en caoutchouc. Après l'opération, un peu de fièvre. Bientôt le pourtour du conduit se couvre de tissu bourgeonnant puis cicatriciel.

Cependant l'enfant mourut de pneumonie au bout de trois semaines. A l'autopsie on constate que le canal intestinal se terminait par une dilatation sacciforme dont la partie inférieure était accolée à la vessie. Le fond du sac correspondait à la deuxième vertèbre sacrée. L'ouverture artificielle s'ouvrait dans le sac. Pas de traces de péritonite.

Observation XIV

Observation de DOUTREPONT, 1881. Hayem, t. XXI, p.449.

Nouveau-né du sexe masculin, âgé de 30 heures. Grand-père né avec une atrésie anale simple. Lui-même n'offre aucune apparence d'anūs et a un phimosis avec agglutination du méat et absence complète de miction : pas de météorisme ni de vomissements. Opération du phimosis et cathéterisme.

Incision au niveau de la région périnéale. On arrive à plus de 5 centimètres sans trouver le rectum. Vu l'absence de symptômes inquiétants, Doutreponť se borne à tamponner la plaie avec de la gaze phéniquée.

Le lendemain ayant retiré le tampon, il aperçoit en haut de la plaie, un petit cul-de-sac grisâtre non rempli et appliqué à la paroi vésicale postérieure ; les cris de l'enfant lui communiquent une légère impulsion. L'état de l'enfant restant satisfaisant, Doutreponť attendit encore 24 heures dans l'espoir que le cul-de-sac se remplirait et s'abaisserait. Mais au bout de ce temps, il n'y a rien de changé.

L'enfant n'ayant pas encore uriné spontanément, on le sonde de nouveau, puis on essaye avec des crochets d'attirer le rectum en bas, sans beaucoup de résultat. Néanmoins Doutreponť ouvre le rectum par une incision cruciale et des injections font sortir une grande quantité de méconium. Les quatre lambeaux rectaux sont suturés à la plaie tegumentaire, non sans une distension considérable qui eut pour prompt résultat la destruction des sutures.

Guérison sans fièvre. Gros drain rigide pour éviter le rétrécissement du rectum. A partir du moment où l'intestin est ouvert, la miction s'est faite normalement.

Observation XV

TICHENOV. — *The Orleans medical and chirurgical journal*, n° 1, juillet 1883.

Opération faite seize jours après la naissance. L'état général est grave ; le ventre est tellement ballonné qu'il menace

d'éclater. Un petit spéculum est introduit dans l'anus et poussé fortement jusqu'à ce qu'il rencontre de la résistance. On l'ouvre avec soin et il semble que l'extrémité de l'instrument est appliquée contre une membrane. Celle-ci est coupée transversalement d'un coup de bistouri. Immédiatement des gaz se précipitent au dehors avec une grande force. Une seconde incision, perpendiculaire à la première est faite et suivie de l'issue d'une grande quantité de meconium. Le ballonnement persista encore pendant trois jours, mais l'enfant fut soulagé d'abord puis guéri.

Observation XVI

LANNELONGUE. — *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, année 1884, p. 163

Enfant nouveau-né, très vivace, bien conformé d'ailleurs, mais ayant un anus imperforé dans un cul-de-sac à 3 centimètres de profondeur.

Rien d'anormal du côté des voies génito-urinaires.

Le doigt introduit dans l'anus n'éprouve aucune sensation de fluctuation ou de pression par les cris de l'enfant. Ne sachant à quelle hauteur se trouvait ce rectum, Lannelongue fait sans aucune difficulté l'anus iliaque de Littre. — Etat encore excellent pendant six jours, après lesquels l'enfant meurt. — A l'autopsie, adhérences réunissant l'intestin à la paroi abdominale; péritonite. Au niveau de la terminaison de l'S iliaque et du commencement du rectum, le calibre de l'intestin se rétrécit tout à coup et il n'existe plus qu'un tube étroit, de la symphyse sacro-iliaque à l'anus, représentant en somme un rectum, mais un rectum à lumière très étroite.

Cette portion de l'intestin est pourvue de toutes ses tuniques mais sa cavité est isolée de la partie sus-jacente et sous-jacente (anus) du tube digestif par un opercule très mince, complet à chacune de ses extrémités.

Observation XVII

Observation recueillie dans le service de M. le professeur J. HERGOTT.
Année 1885.

Garçon âgé de 1 jour. Présente une petite dépression au niveau de l'orifice anal. En introduisant un doigt dans cette dépression, il semble qu'il soit refoulé par l'ampoule rectale. Urine limpide, sans méconium.

Opération le 18 décembre. — On fait écarter les deux fesses et on enfonce profondément un bistouri dans la dépression ; on prolonge l'incision en avant et en arrière et on a ainsi une ouverture mesurant à peu près 4 centimètres de longueur ; on continue à disséquer dans la profondeur. A un moment donné, irruption au dehors d'un peu de méconium et de gaz intestinaux. Plaie ensuite abandonnée à elle-même. Dilatation maintenue au moyen d'un tampon de charpie. — Le 19, l'enfant n'a plus expulsé de méconium depuis la veille ; aussi intervention nouvelle : une sonde cannelée est introduite dans la profondeur ; à un moment donné, elle s'engage dans une ouverture par laquelle se produit une expulsion de gaz et d'un peu de méconium. On glisse un bistouri dans la sonde cannelée et on agrandit l'ouverture. Écoulement d'une grande quantité de méconium. Plaie abandonnée à elle-même.

Le 20, l'enfant n'expulse plus de méconium.

Le 31, expulsion de méconium.

Le 22, expulsion de méconium. Malgré cela, ventre volumineux, très dur, douloureux. Entre les lèvres de la plaie, écoulement de méconium et d'un liquide qui semble être de l'urine. Pour faciliter l'écoulement du méconium, plusieurs fois par jour, avec une sonde cannelée et un stylet on écarte les lèvres de la plaie intestinale. L'enfant tête bien.

Le 23 et le 24 décembre, émission de méconium et d'un liquide qui ressemble à de l'urine.

Le 26, mort de l'enfant.

A l'autopsie, le colon descendant est fortement dilaté sur

une longueur de 10 centimètres ; puis, arrivé à la partie inférieure, il se rétrécit de plus en plus pour plonger dans l'intérieur du bassin et se terminer en ampoule qui a été ouverte par l'opération. A la partie inférieure de la vessie, orifice conduisant facilement dans le gros intestin.

Observations XVIII, XIX, XX, XXI, XXII

VINCENT. Lyon, *méd.* 1887, p. 409.

Vincent rapporte le cas d'un enfant de 6 semaines sans anus et sans urèthre. On voit deux bourgeons cutanés qui sont des grandes lèvres avortées ; entre ces deux bourgeons, une surface lisse en forme de côte de melon. Il crée un anus coccygien en prolongeant l'incision sur le bord du coccyx jusqu'aux vertèbres sacrées. Bordure muqueuse. Guérison.

Quatre enfants ont été opérés de la même façon et avec le même succès.

Observation XXIII

EDIN. — Arch. de Tocol. Année 1887.

Enfant bien portant, arrivant au quatrième jour sans avoir eu aucune évacuation de méconium. Anus d'apparence normale. Mais en introduisant le doigt dans le rectum, on constate que ce conduit se termine en cul-de-sac à une distance de deux centimètres et demi environ. Avec un petit ténotôme on incise la muqueuse du cul-de-sac. Rien ne s'écoule. Le lendemain on continue l'opération, c'est-à-dire l'on incise le tissu cellulaire qui occupe la plaie du rectum, et l'on constate que l'intestin se termine à une hauteur où le doigt n'arrivait qu'avec effort, c'est-à-dire à environ huit centimètres et demi. Sous le doigt, on introduit un bistouri et on pratique une incision dans le cul-de-sac intestinal.

Ecoulement abondant de méconium. Depuis, l'évacuation des fécès s'est faite normalement par cette ouverture.

Deux mois s'étaient écoulés lorsque Edin fit sa communication. Pendant ces deux mois, l'enfant n'avait pas eu d'accidents.

Observation XXIV

Polaillon.

Garçon du poids de 2280, paraissant bien conformé.

Amené vingt-six heures après sa naissance. Il n'avait pas encore uriné ; et n'avait pas encore expulsé de méconium.

Cul-de-sac anal de deux centimètres de profondeur. Une sonde engagée dans l'urèthre pénètre facilement dans la vessie, mais ne donne issue ni à de l'urine ni à du méconium. Introduction d'un fin trocart par l'anus, dans la direction du rectum. On y adapte une petite seringue exploratrice. Par aspiration, expulsion de gaz et d'une goutte de méconium. Le trocart est retiré et remplacé par un bistouri dirigé avec le doigt. Immédiatement après la section, émission d'une grande quantité de gaz et affaissement du ventre ; mais pas de méconium. Une sonde cannelée est alors introduite dans l'ouverture et avec un bistouri boutonné on débride assez largement l'ampoule en arrière. Ecoulement de quelques gouttes de sang.

Trois heures après l'opération l'enfant n'ayant pas encore rendu de méconium, un lavement est administré. Le liquide du lavement est expulsé peu après, avec une grande quantité de méconium. Depuis ce moment, le méconium fut rendu régulièrement. L'enfant se mit à téter. Les fonctions digestives s'établirent d'une manière satisfaisante.

Observation XXV

DUNN. — Cincinnati. *Lancet and clinic.*

Garçon de 17 ans, venu au monde avec une imperforation anale. Un médecin appelé au moment de la naissance refuse de l'opérer sous prétexte qu'il y a des difformités avec lesquelles il vaut mieux laisser périr les enfants. Le cinquième ou sixième jour après la naissance, les parents constatèrent un gonflement considérable de l'ombilie. Le cordon était tombé. On applique un cataplasme sur l'abdomen. Six à huit heures après, ouverture de la partie inférieure de l'ombilic par laquelle écoulement de sang, de mucus et de méconium. Depuis, l'enfant a eu, à peu près chaque jour, des évacuations régulières et il n'a pas souffert. Il ne présente aucune autre difformité. L'anus est remplacé par une surface cutanée plane. L'ouverture ombilicale est elliptique ; le grand diamètre est transversal ; elle est assez grande pour recevoir le doigt.

Observation XXVI

Gillette....

Garçon âgé de trois jours, venu à terme, bien conformé. Membres assez grêles. A rendu des urines à plusieurs reprises, mais pas de méconium. Dès le deuxième jour, il avait commencé à téter ; mais depuis plus de trente six heures il refuse de prendre le sein. Pas de vomissements, mais ventre volumineux, météorisé ; sur la paroi abdominale, veines dilatées. Un petit cul-de-sac très étroit indique la place qu'aurait dû occuper l'orifice inférieur de l'intestin. Le bec d'une sonde de femme est arrêté à quelques millimètres.

Le petit malade est couché sur un lit ordinaire et dans le décubitus dorsal. Bassin fortement relevé par un coussin placé par derrière ; jambes fléchies sur les cuisses et cuisses dans l'abduction. On pratique d'abord le cathétérisme,

avec une sonde en gomme élastique, à défaut d'autre. Cette sonde est laissée dans le réservoir urinaire pendant toute la durée de l'opération, c'est-à-dire pendant près d'une heure. Au niveau du point où se trouve le vestige d'anus, incision verticale de trois centimètres environ faite avec un bistouri convexe, depuis la racine des bourses jusqu'au sommet du coccyx. On incise couche par couche en ayant soin de se rapprocher plus de la région sacro-coccygienne que de l'urèthre et de la vessie. A une profondeur de plus de deux centimètres, on ne distingue rien ressemblant à une ampoule rectale distendue par du méconium ; on continue à inciser dans la profondeur, en ayant soin de bien se maintenir sur la ligne médiane. A une profondeur de deux centimètres et demi, on ne rencontre rien encore. Resection du coccyx dans une étendue de un centimètre et demi au moins. Au fond de la plaie, apparition d'une masse noire qui, par sa tension, lorsque l'enfant crie, indique une ampoule rectale. Cette ampoule, située à une profondeur d'au moins trois centimètres, est attirée en bas, fixée aux lèvres de la plaie périnéale et sectionnée. Ecoulement de méconium ; affrontement de la muqueuse rectale à la peau. Une sonde est laissée à demeure dans le rectum. Pansements à l'eau alcoolisée. Soins de propreté. Réunion par première intention. Dilatation temporaire faite de loin en loin et abandonnée au bout de six semaines. Selles quotidiennes. Pas d'incontinence.

Enfant revu à six mois. Anus parfaitement constitué. Pas de rétrécissement ; pas d'incontinence. Selles régulières, mais constipation légère de temps en temps.

Observation XXVII

HEYDENREICH. — *Rev. méd. de l'Est*. Mai 1890.

Fille âgée de deux jours.

Anus surmonté d'un cul-de-sac qui laisse pénétrer l'extrémité du doigt. On ne sent pas nettement l'ampoule rec-

tale à ce niveau. Un doigt est introduit dans le vagin qui est d'une ampleur très grande et laisse passer la totalité du doigt ; entre ce doigt et le sacrum, on sent une masse molle, qui devait être certainement l'ampoule rectale. Opération pratiquée immédiatement : la canule d'un trocart fut introduite dans le cul-de-sac anal, guidée par le doigt placé dans le vagin ; puis le poinçon du trocart fut mis dans la canule, et le trocart fut poussé dans l'ampoule rectale ; il sortit aussitôt un peu de méconium. Une incision fut alors pratiquée à partir de l'anus, en arrière, dans la direction du coccyx. L'ouverture rectale fut ainsi agrandie ; puis le rectum fut attiré en bas et suturé au pourtour de l'anus à l'aide de huit fils de soie. L'enfant fut aussitôt ramenée à sa mère. D'après des nouvelles envoyées par le Dr Alison, qui a soigné les suites de l'opération, tout s'est bien passé et les matières fécales semblent pouvoir être retenues.

ABSENCE DU RECTUM

avec abouchement uréthral et vésical



Observation XXVIII

JULLIARD DE GENÈVE. — *Gaz. des Hôp.* Année 1871, p. 743.

Garçon, petit et chétif, venu à huit mois.

Pas d'orifice anal. A sa place, petite ouverture de la grosseur d'une tête d'épingle, comme taillée à l'emporte-pièce et autour de laquelle, la peau conserve ses caractères. Un stylet ordinaire pénètre dans une ouverture ayant une profondeur de un demi-centimètre. Urine limpide au début de la miction, puis, vers la fin, colorée en jaune verdâtre par du méconium, et mélangée de gaz qui sortaient avec bruit.

Gonflement considérable du ventre qui, à la percussion, donne un son tympanique. Veines dilatées et nombreuses à la surface de l'abdomen. Bourse et verge considérablement œdématisées.

Julliard essaie, mais sans succès, d'introduire une sonde dans la vessie. Impossibilité, à cause de l'œdème, de trouver le méat urinaire.

L'enfant étant couché sur le dos, Julliard fait une incision sur la ligne médiane, depuis l'origine des bourses jusqu'aux coccyx. Il pénètre de plus en plus profondément en ayant soin de se tenir aussi près que possible du sacrum, crainte de blesser l'urètre. A une profondeur de trois centimètres, il aperçoit une masse d'un gris jaunâtre, mais flasque et nullement distendue qu'il prend pour l'intestin. Il la sépare des fissus voisins, l'amène à la peau et la suture.

Pour détruire les adhérences de l'intestin et de l'urètre, il incise le paroi rectale en rapport avec les lèvres de la plaie périnéale: et avec la sonde et un doigt introduit dans le rectum, il essaie de rompre les attaches. Impossibilité d'y arriver. Craignant de blesser le péritoine, Julliard suture simplement l'intestin à la peau.

Pendant les premiers jours, état général excellent; mais bientôt diarrhée entraînant la mort de l'enfant.

Après la mort, on essaie d'introduire un catheter dans

la vessie. Celui-ci arrive directement dans le rectum : il est impossible de le faire pénétrer dans la vessie. Incision de la face antérieure de l'urètre jusqu'à la vessie :

Dans la portion prostatique, petit orifice faisant communiquer l'urètre avec le rectum. Cet orifice est arrondi et assez large pour donner passage à une bougie n° 8, L'intestin adhère à la portion prostatique de l'urètre, dans une étendue d'environ un centimètre. En ce point, la paroi antérieure du rectum se confond avec la paroi postérieure de l'urètre, dans une étendue d'environ un centimètre. L'adhérence est constituée par une membrane fibreuse, perforée à son centre : cette membrane est si mince mais en même temps si résistante qu'il est impossible de séparer les deux organes par la dissection. Le péritoine recouvre la paroi postérieure de la vessie, descend jusqu'au niveau de l'abouchement anormal, contre lequel il se réfléchit pour remonter le long de l'insertion : il forme ainsi un cul-de-sac accolé contre le bord supérieur de l'adhérence uréthro-intestinale. Pas de vestiges de sphincter anal. Pas d'altération des autres organes.

Observation XXIX

Observation communiquée par M. CHRÉTIEN.

Garçon nouveau-né. — Cul-de-sac anal de un centimètre de profondeur. Opéré le 21 janvier 1882, par le procédé ordinaire. Ampoule rectale trouvée à deux centimètres au-dessus du fond du cul-de-sac anal. Elle fut abaissée et suturée aux parties voisines. Réunion par première intention.

Etat satisfaisant pendant un mois. Fonctionnement très régulier. Au bout d'un mois, l'enfant fut revu par M. Bernheim. Il présentait des symptômes d'étranglement interne, indépendants de l'anus et du rectum où l'on ne constatait ni rétrécissement, ni phénomène anormal.

Observation XXX

RANKE. — *Jahresb.*, année 1873, t. III, p. 264.

Enfant âgé de trois jours. Ventre très ballonné. Vomissements. Ictère.

On fait une incision périnéale. On reconnaît bientôt l'impossibilité d'atteindre la partie inférieure du rectum. Le jour suivant, anus artificiel dans la fosse iliaque gauche. L'enfant paraît d'abord soulagé ; mais il meurt au bout de soixante heures.

A l'autopsie, on constate que l'intestin communique avec l'urèthre par un très petit canal, particularité qui avait déjà été constatée pendant la vie ; car, plusieurs fois, on avait trouvé du méconium mêlé à l'urine.

Observation XXXI

TARNIER. — *Bulletin de la soc. de chir. de Paris*, an. 1873, p. 475.

Enfant né à terme, bien développé en apparence. Absence d'orifice anal. Par le méat urinaire, écoulement de méconium pur. Face violacée, extrémités bleuâtres et froides. Respiration pénible et embarrassée. Chaque fois que l'enfant boit, déglutition d'abord facile ; mais, après quelques secondes, la face se congestionne, la respiration est interrompue et le liquide traverse difficilement l'œsophage.

Incision, de 25 millimètres, sur le périnée. A 15 millimètres de profondeur on ne trouve rien. Alors résection du coccyx. Suture muco-dermique. Mort au bout de 36 heures.

Observation XXXII

SCHMIDT. — Année 1873, t. II, p. 449.

Garçon de deux jours. Pas d'anus, pas de raphé médian. On ne sent pas de cul-de-sac rectal.

Incision, entre le scrotum et le coccyx, de 27 millimètres environ. On ne découvre pas l'intestin. Les jours suivants, l'enfant rend par l'urèthre, un liquide verdâtre à odeur fécaloïde.

On fait un anus artificiel par la méthode de Littre ; on ouvre le côlon descendant et on le suture à la peau. Grand soulagement après le rejet de meconium. Mort le troisième jour.

A l'autopsie on constate que l'intestin s'ouvrait à la partie postérieure de l'urèthre.

Observation XXXIII

POLAILLON. *Gaz. heb. de méd. et de chir.*, année 1875, p. 491

Il s'agit d'un enfant mâle, de 1 jour. Il présente plusieurs vices de conformation : absence de radius avec mains botes, absence de pouce et d'index. Anus imperforé. Vomissements après chaque tétée : urine claire et normale mais émission de gaz par l'urèthre.

Le périnée n'est pas tendu par les cris de l'enfant. Polaillon fait une incision au milieu du périnée. Il ne rencontre pas d'ampoule rectale. Il prolonge alors son incision en arrière, à travers le coccyx qui est fendu en deux. A trois centimètres de profondeur il ne trouve rien. Un stylet d'argent courbé en sonde est introduit par l'urèthre ; il arrive jusqu'au sacrum en traversant l'ampoule rectale qui était vide. Celle-ci est abaissée jusqu'à la peau, fixée par des points de suture et ouverte.

Emission de trente à quarante boulettes très dures.

Mort le lendemain de l'opération.

A l'autopsie, on constate que l'œsophage se termine, en cul-de-sac, à deux centimètres de son origine. L'extrémité inférieure du rectum avait été ouverte en réalité. Un orifice très étroit faisait communiquer le rectum avec le canal de l'urèthre, un peu en avant du col vésical.

Observation XXXIV

AYER. Boston, *méd. and. surg. Jour.* 1875

Communication recto-urétrale. S iliaque en communication avec l'urèthre par l'intermédiaire d'un canal ayant environ sept millimètres de longueur et un diamètre assez considérable pour laisser passer un stylet ordinaire.

Ce canal débouchait dans la portion membraneuse de l'urèthre.

Observation XXXV

GUINARD. *Gaz. heb. de méd. et de chir.*, année 1887, p. 837

Enfant née à 7 mois. Peu développée.

Absence d'orifice anal. Pas de saillie anale lorsque l'enfant crie ou se débat. L'urine émise par l'urèthre est plus foncée qu'à l'ordinaire et tache en brun le coton dans lequel l'enfant est enveloppé. Intervention le jour même de la naissance : sur la ligne médiane, à l'aide du bistouri, incision de quatre centimètres environ, antéro-postérieure, en se guidant sur la pointe du coccyx, au niveau de laquelle l'incision s'arrête. Lorsque le bistouri a pénétré à une profondeur de trois centimètres environ, le doigt introduit dans la plaie, perçoit vaguement l'expansion de l'ampoule rectale pendant les efforts de la petite malade. Guinard ponctionne alors le cul-de-sac au ras de la pointe du coccyx et saisit la paroi rectale avec deux pinces à forci-pression pendant que le méconium sortait en abondance par la plaie. A l'aide de ces pinces il attire l'ampoule rectale jusqu'au niveau des lèvres de la plaie cutanée et l'y fixe.

Au moment où il s'apprête à faire un léger pansement, apparition par la plaie ano-rectale, d'un jet d'urine absolument clair et limpide. Ce liquide coule à l'extérieur sans se mêler au méconium. A ce moment, Guinard n'avait pas d'instrument tranchant. Le soir même, émission d'urine par l'urèthre et avec jet normal. Quatre mois après la

petite malade fut revue par Guinard. Elle prenait bien le sein et les fonctions étaient normales. Etat général satisfaisant.

Observation XXXVI

Jahresberich. — An. 1881, t. I, p. 281.

Atrésie anale. Ecoulement du méconium par l'urèthre. On va à la recherche du rectum ; mais on constate que la distance est trop grande. Au bout de six mois, l'enfant meurt.

A l'autopsie, on voit que l'urèthre communique avec un cloaque. Il était dilaté ainsi que la vessie et le rectum. Et les parois de ces deux derniers réservoirs étaient épaissies.

Observation XXXVII

GERSTER. — *Jahresb.* — An. 1878, t. I, p. 267.

Enfant atteint d'imperforation ano-rectale. On va à la recherche de l'ampoule rectale. On croit la trouver et on sectionne. On ouvre ainsi les uretères. Mort de l'enfant.

A l'autopsie on trouve les uretères dilatés comme le doigt. Celui de droite s'ouvrait normalement dans la vessie, mais par un orifice très étroit ; et celui de gauche, dans le rectum. A un centimètre et demi environ, au-dessous de l'embouchure de l'uretère dans le rectum, celui-ci se continuait par une bande très étroite, à canal très étroit qui allait s'ouvrir dans la vessie à la place normale de l'uretère.

Pendant la vie, le méconium s'écoulait par l'urèthre.

Observation XXXVIII

ROWAN. — *Austral. med. Journal*, 1877, et *med. Times and Gaz.* II, p. 133.

Enfant mâle de deux jours. — Ventre météorisé, tendu. Pas de dépression indiquant la place de l'anus.

Incision au point d'ouverture ordinaire. Après une dissection laborieuse jusqu'à environ 4 centimètres de profondeur, on arrive sur le rectum. Incision. Immédiatement, issue d'une grande quantité de méconium. Plaie pansée, et après deux à trois jours, bougie passée dans le trajet.

Dix mois après, l'enfant est ramené. Depuis trois mois on avait négligé de passer des bougies ; depuis deux mois les matières fécales avaient cessé de passer par l'ouverture artificielle et s'écoulaient par l'urèthre ; depuis deux jours, le prépuce était tellement resserré que l'enfant ne pouvait uriner qu'avec de grandes difficultés. Le trajet anal était oblitéré à 27 millimètres de l'orifice externe. Du côté de la verge, phimosis très étroit. Circoncision. Rétablissement et élargissement du conduit rectal. Peu après les matières fécales cessèrent de s'écouler par l'urèthre. Jamais de cystite ou d'urétrite.

Observation XXXIX

J. HERGOTT. — *Rev. méd. Est*, 1890, p. 283.

Rapporte le cas d'un enfant opéré par Stolz. Absence d'anus et du rectum : Incision périnéale. On ne trouve rien. Mort. A l'autopsie on constate que l'intestin s'ouvre, très effilé, au sommet de la vessie.

Observation XL

HEYDENREICH. — *Rev. méd. Est*, Mai 1890.

Garçon âgé de deux jours. — Pas de traces d'anus. La partie inférieure du rectum semblait faire complètement défaut ; de plus, l'enfant n'avait pas uriné depuis sa naissance. Une sonde molle, introduite dans l'urèthre, pénétra

à une profondeur de 20 centimètres environ et fut retirée présentant à son extrémité des traces de méconium. M. Heydenreich pratique la taille hypogastrique, avec suture des lèvres de la vessie aux lèvres de la plaie abdominale. (Opération faite deux jours et demi après la naissance.) Le méconium sort facilement par l'ouverture artificielle; mais l'enfant, très chétif, ne survit que dix heures à l'opération.

ABSENCE DU RECTUM

Avec abouchement vaginal



Observation XLI

Jahresberich. — SCHMIDS, an. 1874, t. II, p. 571.

Petite fille de 12 ans. — Fistule recto-vaginale ayant douze millimètres de diamètre. On va à la recherche du cul-de-sac rectal par la voie périnéale. Incision du rectum dans le sens antéro-postérieur ; suture de la muqueuse rectale à la peau, avivement de la fistule recto-vaginale. Guérison après 18 jours.

L'ouverture qui avait d'abord une forme allongée, devint bientôt arrondie. Deux mois et demi après l'opération, le sphincter anal était suffisant.

Observation XLII

MAGITOT. — *Gaz. des hôp.*, an. 1874, p. 37.

Enfant de trois jours. — Imperforation anale. Après plusieurs heures seulement, apparition à la vulve de quelques gouttes de meconium. Pour faciliter leur sortie, Magitot introduit une sonde dans l'ouverture et fait pénétrer une certaine quantité de liquide pour diluer les matières. Mais la défécation se faisant mal, au bout de neuf mois, Magitot, sur la prière des parents, se décide à intervenir.

A ce moment, le raphé médian périnéal s'étend du coccyx à la fourchette ; pas de plis. Pas de sillon correspondant à l'anus ; ni mollesse, ni fluctuation au niveau de la région anale ; vulve bien conformée. Lorsque l'enfant crie, on voit poindre un grumeau des matières fécales en bas des grandes lèvres. Une sonde cannelée, introduite obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, en suivant le plan de la vulve, arrive dans le rectum à travers une ouverture longue d'environ 12 à 15 millimètres. En faisant exécuter un mouvement de bascule à l'extrémité de l'instrument, on ne déprime pas le périnée ; mais

le doigt appliqué à la place de l'anus perçoit très bien que l'ampoule rectale repose sur le plancher du bassin. Emission des urines normale.

L'extrémité inférieure de la fistule est à peu près à quinze centimètres de la surface cutanée; la supérieure confine au cul-de-sac péritonéal. Intervention :

L'enfant est tenue sur les genoux de la sage-femme, les jambes relevées et écartées comme pour la taille. Magitot fait sur le raphé, au devant du coccyx, une incision de 25 millimètres. Arrivé sur l'ampoule, il la traverse avec une anse de fil pour la fixer, puis la dissèque jusqu'à la fistule et incise entre les deux bouts de la ligature. Ecoulement de matières fécales.

Suture de l'intestin à la peau. Pansement. Le lendemain et le surlendemain, pas d'accidents. L'enfant boit et tête bien. Le dix-huitième jour, cicatrisation parfaite. L'enfant retient ses matières, mais il en sort toujours par la vulve, surtout quand elles sont liquides. En dilatant, avec une pince à pansement, l'orifice anal, Magitot s'aperçoit que la muqueuse rectale descend au-devant de l'ouverture recto-vaginale. En la tirant légèrement, il arrive à obturer complètement la fistule. Il a alors l'idée d'inciser la muqueuse tout autour de la fistule, et d'accoler, les unes aux autres, les parties ainsi sectionnées. En même temps il place une boulette de coton dans le vagin afin d'empêcher les matières fécales de refouler la muqueuse dans ce conduit. Il arrive ainsi, en quinze jours, à guérir l'enfant de son infirmité.

Observation XLIII

OSTERLOH, Jahresberich, ann. 1875, t. II, p. 265

Enfant âgée de dix semaines.

Ouverture du rectum, entre l'hymen et le frein du clitoris, et ayant les dimensions d'un crayon. Par les cris de l'enfant, écoulement de méconium. Par cette ouverture on

arrive facilement dans l'urèthre. Osterloh fait un anus artificiel d'après la méthode de Diffenbach. Comme le rectum présentait une certaine résistance au niveau de l'abouchement vaginal, Osterloh, abaisse la partie postérieure du rectum, la suture aux lèvres de la plaie et l'ouvre avec le scalpel. Puis il oblitère l'ouverture vaginale. Emission d'une grande quantité de matières fécales. Dans les premiers jours, émission régulière par l'ouverture anale, mais au bout d'un certain temps, rétrécissement considérable de l'ouverture. Incision de la partie postérieure du périnée jusqu'au coccyx ; incision de la paroi postérieure du rectum ; suture de la muqueuse à la peau. Malgré une coupure par les fils, réunion de la muqueuse rectale à la peau. Dilatation maintenue au moyen d'éponges à la ficelle mises à plusieurs reprises. Guérison sept semaines après la deuxième intervention. Seulement petite fistule recto-vaginale.

Observation XLIV

JAHRESBERICH, année 1881, t. I. p. 281

Le rectum s'ouvre dans le vagin. On n'intervient pas. A l'âge de 12 ans, la fillette fut atteinte de phlegmon périnéal consécutif à des lavages du vagin sali à chaque instant par les matières fécales.

Observation XLV

J. HERGOTT. — *Rev. méd. Est*, 1890, p. 284.

Imperforation anale chez une petite fille. Communication recto-vaginale. — On fait un anus périnéal. Ultérieurement les matières fécales s'écoulent en partie par le vagin, en partie par l'anus artificiel qui se rétrécit. Pendant quelque temps, on pratiqua la dilatation de l'anus au moyen de l'index. L'ouverture vaginale finit par se fermer.

Observation XLVI

TUCK. — *Boston méd. Journ.*, 1876.

En accouchant M^{lle} B..., le médecin s'aperçut, en pratiquant le toucher vaginal, qu'il y avait des matières fécales dans le vagin, et cependant l'enfant s'était présenté par la tête. Au niveau du siège normal de l'anus, existait une simple dépression. Au-dessus d'elle, on sentait un éphincter. En écartant les grandes lèvres, on apercevait l'anus, situé dans la cloison recto-vaginale, à un demi-pouce, soit à 1 centimètre et demi au-dessus de la commissure postérieure. Cet anus était fermé et muni d'un sphincter un peu lâche mais complet, sous le contrôle de la malade qui ignorait son infirmité et était seulement obligée de prendre, après la défécation, des soins de propreté plus minutieux. Aucune opération ne fut tentée.

CONCLUSIONS

Les vices de conformation de l'anus et du rectum sont le résultat d'un trouble de l'évolution embryonnaire des organes génito-urinaires et de l'extrémité inférieure de l'intestin.

Ils constituent une affection grave, rapidement mortelle dans le plus grand nombre des cas, si l'on n'intervient pas.

Une intervention hâtive est la règle, surtout quand il y a rétention complète du méconium.

L'indication principale étant de rétablir le cours des fécès, il faudra s'attacher à réaliser un anus artificiel permanent, recouvert d'une muqueuse.

On le créera à la place normale. Tant que l'extrémité inférieure du rectum est abordable par le périnée, on devra préférer cette voie à la voie abdominale.

Si on est forcé de recourir à cette dernière, on devra choisir de préférence la méthode de Littre. Pour les abouchements anormaux de la vessie et de l'urèthre, l'expectation est la règle. Les abouchements vaginaux pourront être opérés avec utilité.

VU :

Par le Président de la Thèse,

le 21 juillet 1890.

H. CHRÉTIEN.

VU :

et permis d'imprimer.

Nancy, le 21 juillet 1890.

Le Recteur,

MOURIN.

TABLE DES MATIÈRES

	Page.
INTRODUCTION.	1
CHAPITRE I. — DIAGNOSTIC	3
A. Embryologie	3
B. Anatomie pathologique	9
C. Diagnostic clinique	21
CHAPITRE II. — TRAITEMENT	26
1 ^o Rétrécissement de l'anūs . . . ,	28
2 ^o Absence partielle du rectum avec ou sans im- perforation de l'anūs	30
3 ^o Absence du rectum avec abouchements anor- maux.	37
a. Vésico-Uréthral.	37
b. Vaginal.	40
4 ^o Absence totale du rectum.	43
Anus abdominaux	43
OBSERVATIONS	47
CONCLUSIONS	78
